



Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku

Materiały konferencyjne
III Galicyjskich Spotkań Medycznych

praca zbiorowa pod redakcją
Marka Krobickiego i Zofii Szaroty

Kraków 2004

Rada Wydawnicza:
Klemens Budzowski, Andrzej Kapiszewski,
Jacek Majchrowski, Zbigniew Maciąg

Recenzenci:
Prof. zw. dr hab. Tadeusz Aleksander
Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Opieka wydawnicza:
Halina Baszak Jaroń
Aleksandra Orman



Copyright© by Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o., Kraków 2004

ISBN 83-919920-9-8

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:
Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ksw.edu.pl

Wydawca:
Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o., Kraków 2004

Skład i łamanie:
Wydawnictwo „Antykwa”

Druk i oprawa:
Zakład Poligraficzny „Cenzus”

Późny wiek stanowi ukoronowanie ludzkiego życia. To czas żniwa, czas, w którym zbieracie owoce tego coście się nauczyli i doświadczyli, czegoście dokonali i coście wycierpieli. Podobnie jak w finale wielkiej symfonii, wszystkie tematy życia łączą się w pełną mocy harmonię. Mądrość łączy się z dystansem, ale nie jest to dystans, który każe wynosić się ponad świat; mądrość pozwala zachować dystans do pewnych spraw bez nienawiści...

Jan Paweł II

RADA NAUKOWA

Doc. dr hab. n. med. Andrzej Cencora

Lek. med. Iwona Filipczak-Bryniarska

Prof. dr hab. n. med. Henryk Gaertner

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Lek. med. Marek Krobicki

Prof. KSW dr hab. Zbigniew Maciąg

Prof. KSW dr hab. Grażyna Makiełto-Jarża

Prof. KSW dr Zofia Szarota

SPIS TREŚCI

Marek Krobicki	
<i>Przedmowa</i>	9
Leon Knabit	
<i>Starość udana czy nieudana?</i>	11

Część pierwsza

GERONTOLOGICZNE ASPEKTY CHOROBY I CIERPIENIA

Tomasz Grodzicki	
<i>Wprowadzenie</i>	21
Krystyna de Walden-Gałużko	
<i>Cechy pacjentów w podeszłym wieku: psychologia czy psychopatologia?</i>	23
Anna Skalska	
<i>Najczęstsze schorzenia internistyczne u pacjenta geriatrycznego</i>	27
Teresa Radzik, Barbara Prażmowska	
<i>Zastosowanie skal do oceny sprawności psychoruchowej w planowaniu opieki nad pacjentem w podeszłym wieku</i>	47
Jadwiga Pyszkowska	
<i>Opieka paliatywna nad chorym w wieku podeszłym</i>	61
Anna Kasterka	
<i>Wyjdźmy z zamkniętego kręgu ciszy</i>	67

Część druga

SPOŁECZNE I HUMANISTYCZNE ASPEKTY STAROŚCI

Zofia Szarota	
<i>Wprowadzenie</i>	73
Grażyna Makiełło-Jarża	
<i>Oblicza starości – refleksje psychologa</i>	79

Aniela Kaczanowska, Parycja Huget	
<i>Spostrzeganie starości przez dzieci i młodzież</i>	85
Izabela Kopaniszyn	
<i>Pola poznania w gerontologii integralnej</i>	97
Krystyna Kluzowa, Krystyna Slany	
<i>Obraz polskiej starości w świetle wyników Narodowego Spisu</i>	
<i>Powszechnego 2002</i>	109
Jadwiga Pauli, Małgorzata Szlázak	
<i>Programy polityki społecznej na rzecz ludzi starych na przykładzie</i>	
<i>Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie</i>	121
Stanisława Urbaniak	
<i>Problem starzenia się ludności a zadania Gminy Miejskiej Kraków ...</i>	127
Aurelia Ostrowska	
<i>Rola samorządu terytorialnego w opiece nad osobami starszymi</i>	
<i>na przykładzie Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy</i>	137
Zofia Szarota	
<i>Szanse uczestnictwa seniorów w kształceniu i kulturze</i>	143
Bożena Gierczak, Zofia Szarota, Anna Zielińska	
<i>Opieka nad człowiekiem starszym w wybranych krajach Europy</i>	
<i>(Szwajcaria, Austria)</i>	157
Jan Żychowski	
<i>Psychologiczne problemy osób starszych w sytuacji choroby</i>	
<i>somatycznej na przykładzie pacjentów po pierwszym zawale serca</i>	167
Marek Żak	
<i>Rehabilitacja jako forma pomocy osobom starszym mieszkającym</i>	
<i>w środowisku domowym</i>	179
Anna Markiewicz	
<i>Opieka hospicyjna nad człowiekiem starszym</i>	185
Katarzyna Brataniec	
<i>Społeczne odrzucenie starości jako wyraz ukrytego lęku</i>	
<i>przed śmiercią</i>	195
Krystyna Klimek	
<i>Sztuka życia a starość</i>	201
Noty o autorach	209

PRZEDMOWA

Naturalną kolejną rzeczą wszyscy ku niej zmierzamy. Starość jest równie nieuchronna jak kolejna pora roku. A jednak na co dzień wolimy o niej nie myśleć, nie lubimy o niej mówić. W dzisiejszym świecie, kiedy liczy się przede wszystkim młodość, powodzenie, osobisty sukces, starość zazwyczaj kojarzy się z odchodzeniem na margines życia, dolegliwościami ciała, z samotnością. Czas mija, a my łudzimy się, że mija dla innych, nie dla nas, że my sami nadal jesteśmy młodzi. Aż pewnego dnia nieoczekiwanie jakiś dobrze wychowany młody człowiek z wymownym spojrzeniem ustępuje nam miejsca w tramwaju...

Jak godzimy się z upływem czasu, co robimy, żeby przygotować się do tego, jacy będziemy za kilka, kilkanaście, kilkadziesiąt lat, żebyśmy nie czuli się zaskoczeni, żeby nie pozostało nam tylko gorzkie „a nie mówiłem” i poczucie zmarnowanych życiowych szans? Jak dziś odnosimy się do naszych seniorów w rodzinach, w najbliższym otoczeniu, w społeczeństwie, do którego należymy?

Stoi przed nami wiele trudnych zadań.

Organizowana przez Szpital Zakonu Bonifratrów wspólnie z Krakowską Szkołą Wyższą im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego Ogólnopolska Konferencja na temat „Starość w rodzinie i społeczeństwie” to dobra okazja, aby wspólnie, w szerszym gronie, poszukać odpowiedzi na postawione tu pytania. Zastanowić się, co zrobiliśmy, co możemy i powinniśmy zrobić, by najważniejsze nasze problemy egzystencjalne uzyskały prawdziwie humanistyczny wymiar. Będziemy mówić o starości zarówno w aspekcie religijno-duchowym, psychologicznym, jak i medycznym oraz społeczno-prawnym.

Wierzę, że dla wszystkich uczestników organizowana przez nas Konferencja poświęcona tak ważkiej społecznie problematyce okaże się owocna, że pomoże nam zobaczyć i zrozumieć zarówno wszelkie trudne, jak i jasne strony starości i na jesień naszego życia spojrzeć bez lęku, przyjaźniej.

Marek Krobicki
Dyrektor Szpitala Zakonu Bonifratrów
św. Jana Grandego w Krakowie

OJCIEC LEON KNABIT

STAROŚĆ UDANA CZY NIEUDANA?

Mawia się często, że starość nie udała się Panu Bogu. Na wstępie powiem przekornie: Panu Bogu starość się jednak udała. Co najwyżej może się nie udać ludziom. W swym przedłożeniu pragnę o tym mówić.

Doświadczenie uczy o powszechnym prawie starzenia się i... brzydnienia. Wszystko, co młode, jest piękne, a stare – według potocznego sposobu myślenia i mówienia – jest brzydkie. Powiedział mi kiedyś jeden z zacnych starszych księży, że człowiek to najbrzydsze ze wszystkich żywych stworzeń. Proszę popatrzeć – mówił – stary pies, stary koń czy stara krowa zawsze jakoś wygląda w swoim stroju z takiej czy innej sierści. A proszę rozebrać starszego człowieka! Z pewnością wygląda gorzej niż jakiegokolwiek stare zwierzę. Ow kapłan miał zresztą trudną starość, bo skleroza utrudniała życie i jemu samemu, i jego otoczeniu.

Także w przyrodzie – zachwycamy się piękną wiosną, późną zaś jesień postrzegamy jako coś niezbyt estetycznego: brzydną trawniki, nieciekawie wyglądają resztki roślin i огоłocone z liści drzewa. To wszystko stwarza smutny obraz. Podobnie jesień życia ludzi – rozmaite niedogodności, dolegliwości, jakaś brzydota. Często patrzy się na wspaniałe ongiś artystki i mówi się – i w życiu, i w literaturze – że „na twarzy zachowała ślady dawnej piękności”. To znaczy, że dzisiaj zostały t y l k o ślady dawnej piękności. A jeszcze brzydsze i smutniejsze jest to, że ową brzydotę oceniamy nie tylko w kategoriach estetycznych, ale i w kategoriach socjologicznych. To odchodzenie na margines życia. SAMOTNOŚĆ. Bliscy wymierają, zostaje sam. Na tle tego wszystkiego, co się dzieje, staje się jakimś anachronizmem W moich rodzinnych Siedlcach więcej znajomych mam na cmentarzu niż w mieście. A jeszcze tak niedawno, kiedy się człowiek pokazał wśród swoich, wszyscy byli znajomi, sąsiedzi, koledzy, koleżanki... Dzisiaj zaś trzeba ich rozpoznawać wśród starszych przygarbionych i pomarszczonych ludzi.

Starość, jeśli jest bez Boga, jest nieudana. Jest całkowicie zrozumiałe, że gdy odrzuca się wartości absolutne, transcendentne, jeżeli człowiek zamyka się tylko w granicach życia doczesnego, starość staje się zjawiskiem

trudnym do przyjęcia. Jeśli odrzuci się Boga, to nie udało się także przyrodzie. Ale trzeba też zrozumieć i tych ludzi, z którymi trudno jest się dogadać na tematy eschatologiczne, związane z wiecznością. Zrozumieć sens ich narzekania i zgorzknienia. Jeśli nie ma Boga i życia wiecznego, ci, którzy chwalać eutanazję, dokonują jej lub chcą się jej poddać, mają jakiś cień racji. Wtedy to bowiem pewne stany życia w starości, z punktu widzenia socjologii, ekonomii i czego byśmy nie wzięli, nie mają sensu. Dla czego temu człowiekowi nie pomóc, żeby przestał przeszkadzać, zawadzać, przestał się męczyć?

Jednocześnie, aby złagodzić tak ostre spojrzenie na rzeczywistość – trzeba powiedzieć o jesieni, że jest porą piękną. Mówi się – piękna złota polska jesień. Znamy jej urok. Nie mówi się, że las bukowy między piątym a piętnastym października jest lasem, w którym widać „ślady dawnej piękności”! Barwy liści, które się starzeją – jakże są piękne! Jak grają wszystkie ich kolory – żółty, pomarańczowy, brązowy, złoty, czerwony, i wszystkie ich odcienie. Jak piękne są wtedy góry! I potem szelest opadłych liści pod nogami, i ów specyficzny zapach jesieni! Pierwsze przymrozki...I zima – ze swoimi urokami i z nadzieją „byłe do wiosny”.

Starość w obliczu Boga i wieczności to nadzieja, że te wszystkie poczerwieniałe, pożółkłe, zeschłe, a w końcu opadłe liście kiedyś się odnowią, tak jak odnawia się i z owych liści powstaje pożywienie dla nowych, które odrodzą się wiosną. W takim układzie odniesienia rodzi się pokój, zakorzeniony w Bogu.

Nie trzeba być matematykiem, by wiedzieć, że zbiór nieskończony to taki zbiór, do którego niczego nie można już dodać ani niczego zeń ująć. Jeśli Bóg jest takim zbiorem, to ludzie – byty skończone, ale ściśle z Nim zjednoczone – mają zapewnione wieczne trwanie, mimo wszystkich przemian i trudności. A to przynosi pokój. Zresztą i mnisi benedyktyńscy zawsze jako dewizę mieli „pokój”. I jeśli dzisiaj spotkałoby się podenerwowanego benedyktyna, to trzeba by go uznać za nie do końca najszczęśliwszy wytwór współczesnej cywilizacji. Normalny mnich, jako człowiek prawdziwie wierzący, żyje zawsze w relacji do nieskończoności i nie da się łatwo wytrącić z równowagi.

Kardynał Basil Hume, prymas Anglii, bardzo zasłużony stary benedyktyn, który Kościół w Anglii podniósł na nadzwyczaj wysoki poziom, dowiedział się, że ma chorobę nowotworową. Do starości dołączyła się więc poważna choroba. Powiadomił o tym z ambony swoich wiernych i powiedział, że świadomość, iż jest tak bardzo chory stała się poważnym problemem dla jego wiary. Bardzo wstrząsające wyznanie. Zadzwonił potem do swojego klasztoru, w którym był kiedyś opatem. Aktualny przełożony powiedział mu: „Tam będzie lepiej, wspaniała wiadomość! Nie bój się, pomożemy ci przejść”. Stary benedyktyn powiedział wtedy z ulgą: „Wreszcie ktoś podszedł do mojej choroby tak, jak trzeba, po chrześcijańsku. Bo inni raczej załamywali ręce”. W kwietniu dowiedział się o chorobie, a w czerwcu

przeszedł tam, gdzie jest lepiej. W obliczu Boga i wieczności jest to finisz. Są ludzie, którzy i po dziewięćdziesiątce, czasem na wózku, zachowują hart ducha. Ksiądz Tischner, którego humor nie opuszczał do samego trudnego końca jego życia, kiedy spotkał się z Ojcem Świętym, na swoim wózku inwalidzkim przyczepił kartkę z napisem: „tischnermobile”. Jak tu się może roześmiać, nawet wobec ciężko doświadczonego człowieka.

O niektórych osobach wiemy, że są bardzo mocne i pogodne. Nie można dać jakiegos absolutnie jednoznacznego wskaźnika starzenia się, bo każdy człowiek starość przeżywa inaczej. Jak choćby ten góral z opowieści: „Do dzisiaj żył, dzisiaj umrę”. Potem „opatrzył się”, księdza poprosił, wieczorem położył się i umarł. Bywa i tak. Dlaczego jednak niektórym jest bardzo trudno? Bo często w chorobie, w kalectwie, w samotności jest wiele degradacji człowieka. Samotność zwłaszcza, która łączy się z każdą starością, to mimo wszystko opuszczenie, to brak tych wszystkich ludzi, z którymi utrzymywało się bliższe kontakty, którzy zawsze w jakiś sposób byli. Tego rodzaju samotność daje się bardzo we znaki. Trzeba jednak rozróżnić samotność i opuszczenie. Można być w samotności, ale jednak wśród ludzi, którzy starają się zrozumieć tego rodzaju sytuację i nie pozwalają, by człowiek stary czuł się opuszczony. Zdarza się jednak, że fizycznie wokół starego człowieka nie ma nikogo. I wtedy – samotny i opuszczony, przekonany, że nikt go nie chce, ma dosyć życia... Bo w grę wchodzi także problem miłości

Najsmutniejsza jest starość, w której nie ma miłości. Gdy wyczerpuje się świadomość, że człowiek jest miłowany. To chyba najgorszy współczynnik starości. Odczucie to czasem bywa prawdziwe, gdy całe otoczenie ma już starego człowieka dosyć, a czasem bywa pozorne. Jak często ludzie, nie tylko starsi, ale i młodzi, są przekonani, że nikt ich nie kocha. Jeśli w to wierzą, staje się to dla nich wielkim problemem. Najgorzej, kiedy tak jest naprawdę, często nawet we własnym domu. Dla młodego człowieka jest to trudne, dla starego bywa wręcz tragiczne. Wtedy jednak człowiek wierzący ma świadomość, że mimo wszystko miłowany jest przez Boga i o wiele łatwiej daje sobie radę i z brakiem miłości ludzkiej, i ze starością. Doświadczenie potwierdza znaczenie silnej wiary w życiu każdego człowieka.

Uczeni amerykańscy stwierdzili, że łatwiej leczy się ludzi, za których się ktoś modli, następuje wśród nich wyraźna poprawa stanu zdrowia (30-40%). Natomiast tych, za których nikt się nie modli, wyleczyć jest trudniej. Statystyka jest tu nieubлагana, badania prowadzone były przez obiektywnych uczonych, niekoniecznie wierzących, jak to w USA.

Świadomość, że starszy człowiek jest miłowany przez Pana Boga, ma wymiar niepojęty, wręcz irracjonalny. Jeśli na sali szpitalnej, w domu pomocy społecznej, w domu, w którym starzec dożywa swojego „ja”, wisi Krzyż, człowiek ma czas zastanowić się, rozważyć i wówczas jakże często przychodzi do częściowego przynajmniej z r o z u m i e n i a. Krzyż na pewno nie

jest miejscem całkowitego rozwiązania wszystkich problemów świata, ale jest swoistym promieniem światła rzuconym na tajemnicę życia, wspaniałego, kwitnącego, rozwijającego się, i na tajemnicę każdego nieudanego życia, każdego cierpienia, także cierpienia związanego ze starością.

Jeśli jednak przez Krzyż tylko „przelatuje się” jak przez jezdnię przy zielonym świetle, jeszcze do tego założy się Go raczej jako maskotkę niż jako znak wyznania wiary, kiedy się tak przejdzie obok Niego, gdzieś przy drodze czy nawet w kościele, kiedy się „wpadnie” na mszę świętą, często wtedy ten Krzyż mówi nam niewiele albo zgoła nic. Często, co nie znaczy zawsze.

Kiedy jednak człowiek już się ruszać nie może, nie ma przy sobie nikogo, gdy go coś boli, coś mu dolega, kiedy słabnie wzrok, słuch, czasem mowa – zawsze zostaje możliwość patrzenia i dumania. To już jest DOŚWIADCZENIE. Poparte setkami tysięcy, milionami przykładów, że właśnie to rozważanie skłania do refleksji, że w człowieku coś, COŚ się dzieje. Oczywiście, mówi się: no tak, jak trwoga, to do Boga, rozrabiał, a na starość się nawrócił, dopiero teraz taki rozumny, bo trzeba kłaść się do trumny, godnie odejść. Można się z tego naśmiewać, ale czy nie lepsze jest takie zrozumienie i takie nawrócenie niż żadne? Tu nie chodzi o statystykę, ilu było wypowiadanych czy pochowanych po katolicku, ale o samego człowieka. Jaka wtedy GODNOŚĆ w bardzo umęczonym ciele! Jaka godność wyrażana już tylko gestem czy wzrokiem, gdy nie można nic powiedzieć ani nawet ruszyć ręką na potwierdzenie słów, które kapłan czy ktoś z otoczenia wypowie, gdy przy stosowaniu tylko kryteriów biologicznych, psychologicznych czy ekonomicznych trzeba uważać taką starość za nieudaną.

Jeśli sięgniemy do głębi człowieka, który przeszedł wszystkie okresy starzenia się, jest w pełni świadomy tego, co się dzieje, wie, że umierając przechodzi tylko i oddaje się w ręce Tego, który go nigdy nie zawiódł, nawet jeśli poddawał go trudnym próbom, w ręce kochającego Ojca, to wtedy stwierdzimy, że mówienie o nieudanej starości nie jest do końca trafne. Pascal, który był chrześcijaninem, ale szokował niekiedy swoimi poglądami, stwierdził, że gdyby Pana Boga nie było, trzeba by Go było wymyślić dla równowagi człowieka, dla zrozumienia tego wszystkiego, co się dzieje na świecie. Ojciec Święty, jako teolog, jako duszpasterz, jako ojciec i jednocześnie starszy człowiek, streścił te poglądy bardzo prosto: „człowieka nie można zrozumieć bez Chrystusa”. To jest wyzwanie dla człowieka starego: NIE DAĆ SIĘ!

W Warszawie przy Uniwersytecie Trzeciego Wieku znajduje się chyba najmniejsze muzeum świata zorganizowane przez dr Halinę Duczmal-Pacowską. Znajdują się w nim dzieła 60-, 70- i 80-latków, którzy malują, piszą, wyciągają z szuflad dawne wiersze, wydają książeczki, organizują wystawy, wernisaże... To zdumiewające! Okazuje się, ile można z człowieka wydobyć. Ci ludzie czerpią nie tylko z religii, ale ze zwyczajnego ludz-

kiego „człowieku, nie daj się”. Pani doktor ma wykłady w różnych domach opieki, wyciąga ludzi z pesymizmu, pomaga. Jedna z leciwych autorek przesłała nawet swoje dziełko do Watykanu. Ojciec Święty odpisał, z nazwiska wymienił, podziękował. Proszę sobie wyobrazić, jak się ma 89 lat i za twórczość jest się pochwalonym przez papieża. Nawet gdyby jeden tylko człowiek dostąpił takiej radości, to już i tak warto powiedzieć, że są w starości elementy, które udały się Panu Bogu, które właśnie mogą udać się człowiekowi. O to chodzi – nie dać się.

Ojciec Święty powiedział nie tak dawno, że trzeba zawsze być młodym. Powiedział: „Ja wiem, to trudne, gdy ciało odmawia posłuszeństwa, coś wiem na ten temat. Ale trzeba zawsze być młodym”.

Stary grecko-rzymski obyczaj uważał starszych ludzi za mądrych. Była w Atenach Rada Starszych, która nazywała się geruzja. A tymczasem Pismo Święte przypomina, że w starości można także zgłupieć. Przykładem tego jest choćby mądry przecież król Salomon, który na starość wziął sobie wiele pogańskich żon, czy starcy – sędziowie, napastujący cnotliwą Zuzannę. Świadczą oni, że starość nie zawsze musi być mądra.

Niektóre typy ludzi doskonale czują się w domach starców, gdzie jest dobra opieka i dobre warunki, gdzie można sprowadzić swoje rzeczy, biu-reczko, obrazek, gdzie jest ciepło i spokojnie, a do tego – nadzieja, że ktoś odwiedzi. A jeśli dla wierzących jest ksiądz i msza święta, to rzeczywiście ludzie przebywają w domu pogodnej starości.

Ale też są i ludzie starzejący się bardzo ciężko i źle, często nie z własnej winy. Często degradacja, choroba Alzheimera, czasem kalectwo, brak panowania nad funkcjami fizjologicznymi – wszystko to utrudnia sprawowanie nad nimi opieki. Jeśli nie ma możliwości oddania takiej osoby do domu opieki, a w dodatku w małym mieszkaniu jest chora żona czy chory mąż i troje dzieci, jak mówić takim ludziom o pięknej jesieni, o tym, że trzeba staremu pomóc, że eutanazja jest bzdurą i tak dalej, i tak dalej... Wobec pewnej bardzo trudnej nagłej śmierci młodego małżonka ksiądz kardynał Wojtyła powiedział: „No tak, powinniśmy przyjmować każdą śmierć z poddaniem się woli Bożej, ale są śmierci, wobec których człowiek zupełnie nie wie, co powiedzieć”. Czasem nie wiadomo, co powiedzieć wobec bardzo trudnego życia... A jednak i takie życie jest wyzwaniem dla otoczenia. A jeżeli otoczenie nie może sobie poradzić, pozostaje wtedy na zawsze gorycz.

Choć tyle się wymyśla na młodzię, jest wśród niej dzisiaj bardzo wielu gotowych do pomagania ludziom starszym. Pamiętam, kiedy pani Hanna Chrzanowska, słynna pielęgniarka, obecnie kandydatka na ołtarze, chciała przy pomocy ks. Machaya, a potem księdza, biskupa i kardynała Wojtyły organizować w latach sześćdziesiątych rekolekcje dla chorych w Trzebini, dla takich, których nikt nie chciał, którzy byli zaniedbani, latami nie chodzili, starzy, chorzy, brudni, jak bardzo wielu młodych ludzi z zapalem jej pomagało. Narzekali nieraz może na te babcie okropne, ale

byli z nimi w czasie rekolekcji i później, nieraz po kilka godzin dziennie. A babcie o tych długowłosych chłopcach i o dziewczynach w za krótkich sukienkach mówiły: „to nasze anioły”. I na pewno łatwiej uda się starość każdemu, nawet najbardziej pokreconemu, zbzikowanemu, zdziwaczalemu człowiekowi, jeśli młodzi będą przy nim i pomogą nie tyle umrzeć, co dożyć do godnego końca. Bo wołanie starego człowieka o rychłą śmierć bardzo często jest wołaniem o miłość. Brakuje mu miłości, a nie siły do przetrwania. Ksiądz Twardowski podaje dwa lekarstwa na starość: pasję i miłość.

Trzeba więc zająć się czymkolwiek na miarę swoich możliwości intelektualnych i fizycznych. O niektórych starszych osobach mówią: „zawsze coś tam dłubie, zawsze jest czymś zajęty”. Podkreślają – pani ma 96 lat, a wspaniale gotuje, pilnuje, trzyma, chodzi, załatwia... To wyjątki, prawda? Ale tym ludziom się udało. To jest to pierwsze lekarstwo.

Drugie to miłość, zwyczajne zakochanie się. Najczęściej nie ma mowy, by mogło być spełnione. Ktoś to ładnie nazwał – „miłość za Bóg zapłać”. I nie chodzi nawet o osobę, ale o fakt, że człowiek zdolny jest zapałać uczuciem do kogoś innego. Jeśli rozejrzeć się, ilu starszych mężczyzn i ile starszych kobiet umie się autentycznie zakochać i wypełnić tym uczuciem swoje życie! Zapomina się wtedy, ile się ma lat. W tych sprawach nieważny jest wiek. Jeśli serce zdolne jest do miłowania, do zakochania, to życie na każdym jego etapie ma określony sens. Może właśnie zakochanie jest zdolnością poznania miłości Boga?

A kiedy człowiek już nic nie może – ani kochać, ani pracować, to wtedy bliskie otoczenie musi w nim odnaleźć człowieka. Nie złom, nie przedmiot, ale człowieka. Jeżeli ja będę dbał o innych, to nie jest wykluczone, że i mnie się powiedzie i inni o mnie zadbają. Jak Kuba Bogu, tak Bóg Kubie. Kiedyś jedna z naszych krajowych znakomitości, gość mojego programu telewizyjnego, powiedziała: „Zupełnie mi obojętne, czy do domu starców zawiezie mnie samochodem mój syn czy taksówkarz”. Niektórym wszystko jedno, a niektórym nie wszystko jedno...

Dobrze by było, gdyby wszyscy potrafili odnajdywać w starym człowieku jego człowieczeństwo. Świadomi tego, że starzy mogą być mądrzy i mogą być mniej mądrzy i że młodzi mogą nie być mądrzy albo mogą być mądrzy.

Podsumowując: starość udaje się Panu Bogu, kiedy udaje się ludziom. Wszystkie spotkania i dyskusje mają przyczynić się do tego, by zarówno starym, jak i młodym, ale zwłaszcza starszym – starość się udawała. Wtedy nie będzie potrzeby pytać, czy udała się ona Panu Bogu.

Warto na zakończenie sięgnąć do modlitwy Ojca Świętego, powstałej najprawdopodobniej w miejscowości Mechelen podczas Jego pielgrzymki do Belgii:

„Panie, od ponad 65 lat dajesz mi bezcenny dar życia; od momentu moich narodzin nieustannie spływała na mnie Twoja łaska i nieskończo-

na miłość. Minione lata były mieszaniną wielkich radości, prób, postępów, porażek, problemów zdrowotnych i zmartwień, w sposób właściwy każdemu z nas. Z Twoją łaską i pomocą mogłem pokonywać te przeszkody i zdążać do Ciebie. Dziś czuję się ubogacony moim doświadczeniem i tą wielką pociechą, którą jest bycie przedmiotem Twojej miłości. Moja dusza wyśpiewuje Tobie dziękczynienie.

Jednak codziennie w moim otoczeniu spotykam osoby starsze, które poddałeś ciężkiej próbie: są sparaliżowane, ułomne, niedołężne i często nie mają wystarczających sił, aby modlić się do Ciebie. Inni utracili możliwość posługiwania się swoimi zdolnościami umysłowymi i nie potrafią już wyjść ze swojego nierzeczywistego świata i iść do Ciebie. Spoglądam na nich i mówię do siebie: «A gdybym to był ja?».

Oto już dzisiaj, Panie, kiedy mogę jeszcze samodzielnie się poruszać i jestem w pełni moich władz umysłowych, już zawczasu deklaruję przed Tobą przyjęcie przeze mnie Twojej świętej woli i jeśli taka czy inna spośród tych prób miałaby dotknąć i mnie, to pragnę, aby służyła Twojej chwale i zbawieniu ludzkości. Od tej chwili proszę Cię też, byś z Twoją łaską był pomocą dla tych, którzy będą mieli niewdzięczne zadanie pielęgnowania mnie.

Jeżeli pewnego dnia stanie się, że choroba dotknie mego umysłu i zaciemni rozum, to już teraz poddaję się Tobie tym poddaniem, które potem zyska swą kontynuację w milczącej adoracji. Gdybym pewnego dnia miał się położyć na długo, pozostając bez świadomości, to pragnę, aby każda godzina, którą dane mi będzie w taki sposób przeżyć, była nieprzerwanym dziękczynieniem, a moje ostatnie tchnienie było także tchnieniem miłości. Wówczas, w takiej chwili, moja dusza prowadzona ręką Maryi, stanie przed Tobą, aby na wieki wyśpiewywać Twoją chwałę. Amen”.

Część pierwsza

**GERONTOLOGICZNE ASPEKTY
CHOROBY I CIERPIENIA**

WPROWADZENIE

Prezentowana publikacja stanowi istotne uzupełnienie wydanych w ostatnich latach opracowań dotyczących problematyki wieku podeszłego. Na szczególne podkreślenie zasługuje podjęta przez Autorów próba całościowego ujęcia zagadnienia – od problemów psychologii starzenia, poprzez zagadnienia typowo medyczne aż do problematyki opieki paliatywnej. Motywem przewodnim prezentowanych artykułów jest złożoność chorowania osób starszych i wynikająca z niej konieczność wielodyscyplinarnej opieki.

Wśród licznych prezentowanych aspektów na szczególną uwagę zasługują zagadnienia dotyczące opieki paliatywnej oraz zagrożeń wynikających z hospitalizacji. W potocznym rozumieniu medycyna paliatywna ciągle utożsamiana jest z zaawansowanymi schorzeniami nowotworowymi, podczas gdy istnieje liczna grupa schorzeń o innej etiologii, w których jedynym rozwiązaniem, jakie może zapewnić współczesna medycyna, jest poprawa jakości życia. Jako przykład można podać zaawansowane stadia demencji czy niewydolności serca. Osoby opiekujące się ludźmi starszymi często stają przed problemem: czy dodatkowe badania lub zabiegi terapeutyczne są jeszcze dla chorego korzystne? Podobnie wiele kontrowersji wzbudza zagadnienie hospitalizacji pacjentów starszych. Bardzo często bowiem hospitalizacja wiąże się ze znacznym pogorszeniem sprawności psychofizycznej, mimo ustąpienia choroby będącej jej przyczyną. Przyjęcie do szpitala pacjenta w wieku podeszłym – moim zdaniem – traktować należy jako ostateczność, która niesie za sobą wiele zagrożeń nie zauważanych niestety zarówno przez opiekunów, jak i personel medyczny.

Zachęcając do lektury chciałbym przypomnieć, że warunkiem „sine qua non” spełnienia oczekiwań pacjenta starszego – nie tylko w sferze zdrowotnej, ale także psychologicznej i socjalnej – jest konieczność ścisłej współpracy lekarza geriatry, rehabilitanta, psychologa, pracownika socjalnego, pielęgniarki oraz w wybranych sytuacjach specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej.

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

CECHY PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU: PSYCHOLOGIA CZY PSYCHOPATOLOGIA?

Starość jako etap życia człowieka można rozpatrywać wielorako. Niewątpliwie rozgrywa się ona w płaszczyźnie biologicznej jako proces inwolucyjny, zaznaczony zarówno w sferze zmian anatomicznych, jak i funkcjonalnych większości ważnych dla życia narządów. Wyrazem tych zmian w obszarze ośrodkowego układu nerwowego są pewne specyficzne objawy, które obserwujemy w obszarze psychicznym. Z kolei wyżej wymienione zmiany rzutują w sposób istotny na tryb życia człowieka, jego samodzielność, aktywność i reakcje wobec otoczenia, należące do płaszczyzny społecznej [Brocklehurst 1991].

Poszczególne etapy życia usytuować można na continuum, na którego jednym biegunie znajduje się dzieciństwo i młodość, na drugim starość. Życie człowieka zmierza od jednego bieguna do drugiego, przy czym tempo kolejnych przemian jest indywidualnie różne, a zmiany w poszczególnych obszarach nie zawsze są wobec siebie proporcjonalne (znamy np. osoby mało sprawne fizycznie, a prezentujące bardzo dobrą sprawność w obszarze psychicznym) [Gabrylejewicz 1998].

Rozpatrując bardziej szczegółowo specyficzne cechy stanu fizycznego osób starych (do których zgodnie z umownie przyjętą granicą wieku zaliczamy osoby posiadające 65 i więcej lat), należy podkreślić przede wszystkim postępujące ograniczenie sprawności ruchowej (w sensie koordynacji i precyzji ruchów, siły mięśniowej i zmniejszonej ruchomości stawów). Poza tym zwykle pogarsza się wówczas sprawność percepcji zmysłowej (u 25% osób po 65. roku życia odnotowuje się głuchotę), u większości stopniowo pogarsza się wzrok, a także zmysł smaku i powonienia. Jedynie zmysł dotyku pozostaje niezmieniony [de Walden-Gałuszko 2000].

Zmiany inwolucyjne poszczególnych narządów powodują także zmiany hormonalne, co między innymi wyraża się przedłużającą się i mniej skuteczną reakcją na stresy wszelkiego typu. Ludzie starzy są ogólnie mniej odporni, a przebieg choroby jest u nich przez to wolniejszy i mniej gwałtowny. Gorsze funkcjonowanie wątroby i nerek sprawia, że starzy ludzie reagują wrażliwiej na leki i wymagają w związku z tym dostosowania do tego

faktu sposobu terapii, a zwłaszcza dawkowania leków [de Walden-Gałuszko 2004]. Cechą charakterystyczną nawet „zdrowych” osób w tej grupie wiekowej jest „polipatologia”, wyrażająca się różnorodnością dolegliwości fizycznych, wynikających np. z postępujących zmian zwyrodnieniowych stawów, sztywności mięśni itp. [Modlińska 2000].

Jak wspomniano, objawy starości dają się zaobserwować również w obszarze psychicznym. Bardzo wyraźne jest ogólne spowolnienie psychoruchowe, wyrażające się zwłaszcza obniżeniem tempa procesów psychicznych: spostrzegania, kojarzenia, myślenia. Trzeba przy tym podkreślić, że wielu starszych ludzi zachowuje do późnej starości pełną sprawność intelektualną, jednak ujawnienie jej wymaga spełnienia podstawowych warunków dostosowania się do właściwego tempa aktywności psychicznej. Należy także pamiętać, że nawet bardzo sprawny umysłowo stary człowiek szybciej się męczy – stąd też konieczność częstych odpoczynków. Niewątpliwie – mniej sprawne funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego wyraża się także mniejszą sprawnością pamięci, zwłaszcza tzw. pamięci świeżej (czyli zdolności zapamiętywania faktów z niedawnej przeszłości). Po prostu mniej sprawny układ nerwowy „gorzej zapisuje” fakty, natomiast pamięć wydarzeń z odległej przeszłości bywa zachowana prawidłowo. Dyskretne zmiany zaobserwować można także w sferze emocjonalnej. Wyrazem tego jest większa wrażliwość emocjonalna, większe „przejmowanie się” wszystkim, połączone z tzw. labilnością emocjonalną, to jest łatwym rozrzewaniem się, skłonnością do płaczu, ale i szybkim przechodzeniem z jednego stanu emocjonalnego w drugi [Modlińska 2000].

Starość w obszarze społecznym w pewnym stopniu pozostaje w związku ze zmianami w psychice (np. ograniczeniem w zakresie aktywności umysłowej). Przede wszystkim jednak uwarunkowana jest specyficzną sytuacją społeczną jaką stają się między innymi obniżenie statusu społecznego i materialnego (z chwilą przejścia na emeryturę). Zwykle wiąże się z tym również ograniczenie kontaktów społecznych lub wręcz osamotnienie, spowodowane dodatkowo przez śmierć lub odejście partnera życiowego i wyprowadzenie się dzieci [Fallowfield 1991]. Nie bez wpływu pozostaje tu także niska ocena społeczna starości, która w naszej współczesnej kulturze i obyczajowości, akcentującej kult młodości, sprawności i sukcesu, jest wyrażana mocno i powszechnie. W opinii społecznej dominują także inne fałszywe mity o ludziach starych. Wyrażają się one np. przekonaniem, że ludzie starzy „przeżyli już życie”, w związku z czym niewiele już im się należy, a poza tym, że śmierć w tym wieku jest zjawiskiem naturalnym (co oczywiście jest prawdą), w związku z czym potrzebują mniej opieki i wsparcia niż młodzi (co nie jest prawdą) [Stein 1999, Ferrel 1998, Illife 1998].

Ludzie starzy, często samotni, borykają się z wieloma problemami, przewidywanymi w najbliższej przyszłości, na które reagują niepewnością i lękiem. Często zatem można u nich dostrzec lęk przed utratą niezależności i samodzielności. Perspektywa utraty samodzielności rodzi z kolei obawę

przed „byciem ciężarem dla otoczenia”. Bardzo często pojawia się też lęk przed utratą sprawności umysłowej, a przez to utratą własnej godności. Perspektywa śmierci, zwłaszcza śmierci samotnej, z towarzyszącymi jej objawami bólu lub innych dolegliwości, nierzadko bywa też powodem niepokoju.

Stosunek do śmierci ludzi starych bywa różnicowany [Caretta 1999]. Jest pewna grupa osób, która prezentuje postawę filozoficzno stoicką: każdy kiedyś musi umrzeć, śmierć jest naturalnym zakończeniem życia i trzeba się z tym pogodzić. Taka postawa pełna spokoju, swoistej akceptacji jest raczej rzadka. Częściej umierający boją się śmierci i wówczas albo starają się uciec od lęku, unikając wszelkich tematów związanych ze śmiercią, żyją tak, jakby ich to nie dotyczyło, albo prezentują postawę tzw. lękowej koncentracji na chorobie. Całe swoje zainteresowanie skupiają wówczas na fizycznych objawach choroby, starając się dociec ich przyczyny, rozważają proponowane im sposoby leczenia, upewniając się, czy to na pewno dobry lek, czy zastosowany we właściwej dawce itp. Problem śmierci zostaje w ten sposób odsunięty na dalszą, bliżej nieokreśloną przyszłość. Czasami chorzy prezentują postawę rezygnacyjno-depresyjną: wówczas przekonaniu o konieczności poddania się towarzyszy przygnębienie i niemożność zaakceptowania swego losu.

Wyżej opisane właściwości i reakcje na sytuację ludzi starych są typowe dla tzw. starości fizjologicznej, będącej następstwem naturalnego procesu starzenia się. Należy jednak wspomnieć także o starości patologicznej, wywołanej dodatkowymi czynnikami zakłócającymi zwyczajny bieg tego procesu [Burn 1993]. Spośród najczęściej występujących trzeba wymienić: otępienie, depresję i zespoły majaczeniowo-zamroczeniowe.

Otępienie, czyli demencję, charakteryzuje powolny przebieg, znaczne i postępujące obniżenie sprawności pojmowania i myślenia, trudność w skupieniu uwagi, postępujące zniedołężnienie ruchowe oraz stępienie uczuciowe wyrażające się apatią i obojętnością. Bardzo znaczne są zaburzenia pamięci obejmujące nie tylko obszar pamięci świeżej, lecz również dezorientację w czasie, miejscu, czasem także we własnej osobowości. Wszystko to stopniowo doprowadza do pogłębiającej się psychodegradacji i ogólnego zubożenia osobowości [de Walden-Gałuszko 1999].

W zaawansowanych stadiach otępienie trudno nieraz odróżnić od zespołów majaczeniowo-zamroczeniowych o dość podobnym obrazie klinicznym. Cechą różnicującą jest nagły początek tych ostatnich i bardziej gwałtowny przebieg, fluktuacje uwagi, obecność omamów, zwłaszcza wzrokowych, okresowo pojawiające się pobudzenie ruchowe i lęk. Poza tym w zespołach tych możliwe jest na ogół ustalenie przyczyn, jakimi mogą być leki, stany niedotlenienia mózgu, infekcje (które u starych ludzi niezwykle często manifestują się zaburzeniami świadomości).

Często także u ludzi starych obserwujemy depresję [Evans 1993]. Ten zespół czasami bywa również mylnie rozpoznawany jako otępienie. Cha-

rakteryzuje go znaczne ogólne spowolnienie, naśladujące trudności pojmowania, znaczne obniżenie nastroju, które w połączeniu z poczuciem beznadziejności i bezradności może przypominać zubożenie demencyjne. Każdorazowo zmiany tego typu wymagają dobrze przeprowadzonego wywiadu i wnikliwej oceny stwierdzonych objawów.

A zatem czy starość jest procesem fizjologicznym, czy patologicznym? Niewątpliwie u większości osób po 75. roku życia jest to proces naturalny, jednak zwłaszcza u ludzi chorych somatycznie przy organizowaniu im opieki medycznej trzeba koniecznie uwzględniać specyficzne cechy starości, zaznaczone zarówno w obszarze fizycznym, psychicznym, jak i społecznym. Zmiany patologiczne, do których w podeszłym wieku dochodzi dość często, wymagają odrębnego postępowania, a także właściwego rozpoznania oraz leczenia. Przyjęcie wyżej wymienionych zasad opieki i leczenia osób starych warunkuje w sposób istotny ich efektywność.

PIŚMIENNICTWO

- Brocklehurst J.C, Allen Sc. (red), 1991, *Zarys medycyny geriatrycznej*, PZWL, Warszawa.
- Gabryjelewicz T., 1998, *Sytuacja ludzi w podeszłym wieku*, Medycyna po Dyplomie 7, 4, 20-23.
- de Walden-Gałaszko K., 2000, *U kresu*, Wyd. Medyczne MAKmed, Gdańsk.
- de Walden-Gałaszko K., 2004, *Filozofia postępowania w opiece paliatywnej* [w:] K. de Walden-Gałaszko, *Podstawy opieki paliatywnej*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Modlińska A., 2000, *Problemy wieku podeszłego w aspekcie oceny jakości opieki sprawowanej nad człowiekiem starym*, Psychoonkologia, 6, 39-48.
- Modlińska A., 2000, *Psychospołeczne i kliniczne uwarunkowania oceny jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej*, rozprawa doktorska, Gdańsk.
- Fallowfield L., 1991, *The quality of life*, Souvenir Press, London.
- Stein H., Sandghate H., Bergen B., 1999, *Palliative care for the elderly-they all need it*, 6th Congress of European Association for Palliative Care, Geneva.
- Ferrel BR., Ferrel B., 1998, *The older patient* [w:] J.C. Holland Psycho-Oncology, Oxford University Press, Oxford.
- Illife S., Patterson L., Gould Mairi M., 1998, *Health Care for Older People*, BMJ Books, London.
- Caretta F., 1999, *The attitudes of elderly towards death*, 6th Congress of European Association for Palliative Care, Geneva.
- Burn WK., Davies KM., McKenzie FR., Brothwell JA., 1993, *The prevalence of psychiatric illness in acute geriatric admissions*, Int. J. Geriatr. Psychiat. 8, 171+174.
- de Walden-Gałaszko K., 1999, *Zarys psychopatologii ogólnej i psychiatrii*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Evans M., 1993, *Depression In elderly physically ill inpatients*, Int. J. Geriatr. Psychiat. 8, 587-592.

ANNA SKALSKA

NAJCZĘSTSZE SCHORZENIA INTERNISTYCZNE U PACJENTA GERIATRYCZNEGO

Stały wzrost liczby osób w wieku podeszłym powoduje, że współczesna medycyna ma coraz częściej do czynienia z pacjentem, który ukończył 65. rok życia. Postępujący z wiekiem rozwój zmian starczych w narządach toruje drogę patologii i sprzyja typowej dla starszego wieku wielochorobowości. Podeszły wiek stwarza wiele problemów zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu. Nakładanie się procesów patologicznych na zmiany inwolucyjne, a także nakładanie się objawów chorób współistniejących, skąpy, czasem mało precyzyjny wywiad, brak typowego obrazu chorób, przewaga objawów niespecyficznych, często niedocenianych przez chorego lub przez lekarza, niechęć chorych do badań dodatkowych utrudniają rozpoznanie. Z kolei upośledzenie funkcji oczyszczających wątroby, dysfunkcja wydalinacza nerek, zmniejszenie się stężenia albumin i zawartości wody oraz zwiększenie się ilości tkanki tłuszczowej – wszystko to powoduje zmianę farmakokinetyki leków, narażając starszych pacjentów na wzrost niebezpieczeństwa ujawniania się działań niepożądanych i interakcji między lekami. W związku z tym terapia geriatryczna wymaga stosowania jak najmniejszej liczby leków w jak najmniejszych skutecznych dawkach.

Spośród wielu schorzeń nękających starszych pacjentów najczęściej ekspozowane przez osoby starsze są te, które poprzez dolegliwości i następstwa istotnie obniżają jakość ich życia – choroba zwyrodnieniowa stawów, zaburzenia słuchu i wzroku, trudności w poruszaniu się. Główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa i zgonów oraz najwyższą pozycją w łącznych kosztach opieki zdrowotnej są choroby układu sercowo-naczyniowego, występujące u 75% osób starszych. Na choroby układu ruchu cierpi 68%, układu oddechowego 46%, choroby układu trawiennego 34% seniorów. Zaliczana do schorzeń cywilizacyjnych cukrzyca wraz z innymi zaburzeniami metabolizmu glukozy występuje u około 40% osób powyżej 65. roku życia.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Amerykańskie badania National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES III), wykazały obecność nadciśnienia (na podstawie kryterium 140/90) u 7,2% populacji między 18. a 39. rokiem życia, u 30,1% w wieku 40-59 lat i aż u 65,4% osób, które przekroczyły lat 60 [Hajjar 2003]. Podobna ocena wykonana w Polsce wykazała podwyższony poziom ciśnienia tętniczego u prawie 3/4 osób w wieku podeszłym [Zdrojewski 2003]. Ponieważ z wiekiem obserwuje się stały, niemal liniowy wzrost ciśnienia skurczowego (SBP, systolic blood pressure), podczas gdy ciśnienie rozkurczowe po okresie wzrostu do około 55. roku życia ulega obniżeniu, dominującą postacią choroby u osób starszych jest izolowane nadciśnienie skurczowe (u 67% osób) [Kannel 1998].

Wzrost częstości nadciśnienia tętniczego z wiekiem w dużej mierze związany jest ze zmniejszeniem się – w miarę starzenia – podatności dużych naczyń tętniczych, ponadto charakteryzuje się zwiększonym oporem naczyniowym, niską aktywnością reninową osocza, większym stężeniem amin katecholowych, przewagą aktywności wazokonstrykcyjnych receptorów alfa nad wazodilatacyjnymi receptorami typu beta oraz dysfunkcją baroreceptorów.

Niezależnie od bezpośredniego związku pomiędzy starzeniem a wzrostem ciśnienia, nie ma nic bardziej błędnego niż traktowanie wysokich wartości ciśnienia u osoby starszej jako normę związaną z wiekiem. Ze względu na zagrożenie wiążące się z podwyższonym ciśnieniem kryterium rozpoznania nadciśnienia u osób starszych jest takie samo jak w innych grupach wiekowych i wynosi 140 mmHg dla ciśnienia skurczowego i 90 mmHg dla ciśnienia rozkurczowego.

Przyspieszając postęp miażdżycy, nadciśnienie predysponuje do wystąpienia wszystkich form choroby niedokrwiennej serca – dusznicy bolesnej, zawału serca i nagłego zgonu, 2-3-krotnie zwiększając ich ryzyko. Upośledza ponadto krążenie mózgowe, nerkowe i w kończynach dolnych.

Spośród ostatnio opublikowanych badań analizujących rokownicze znaczenie ciśnienia w wieku podeszłym na uwagę zasługują badania CASTEL (Cardiovascular Study in the Elderly), w których uczestniczyło 3282 osób w wieku powyżej 64. roku życia obserwowanych przez 14 lat [Mazza 2001]. Najczęstszą przyczyną zgonów w tej populacji był udar mózgu, a czynniki, które miały istotny wpływ na jego wystąpienie, to zaawansowany wiek, migotanie przedsionków, obecność choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienie, przerost lewej komory serca, palenie tytoniu, upośledzona tolerancja glukozy i przebyty uprzednio udar. Spośród wskaźników związanych z ciśnieniem najczęstszy okazał się niekorzystny wpływ podwyższonego SBP i ciśnienia tętna (pulse pressure, PP). Ostatnia z wielkich metaanaliz wskazała, że wyższe ciśnienie to wyższe ryzyko powikłań ser-

cowo-naczyniowych nawet u osób, które przekroczyły 80. rok życia [Levington 2002].

Obniżanie podwyższonego ciśnienia skurczowego wiąże się ze zmniejszeniem chorobowości i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych, zarówno w nadciśnieniu skurczowo-rozkurczowym, jak i w izolowanym nadciśnieniu skurczowym. Badania STOP (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension) [Dahlof 1991], SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) [SHEP Group 1991], Syst-Eur (Systolic Hypertension in Europe) [Staessen 1997] wykazały korzyści leczenia nadciśnienia odnoszone również przez osoby powyżej 75. roku życia w postaci redukcji powikłań sercowo-naczyniowych o 16-40%, ryzyka udaru mózgu o 25-59%, ryzyka choroby niedokrwiennej serca o 13-26%, niewydolności krążenia o 51-55%.

Udokumentowano również zależność między wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego a ubytkami funkcji poznawczych, zwiększonym ryzykiem otępienia, a także choroby Alzheimera [Knopman 2001]. Leczenie izolowanego nadciśnienia skurczowego w ramach programu Syst-Eur zmniejszyło ryzyko rozwoju demencji o 57%.

Mimo bardzo przekonujących wyników badań skuteczność leczenia nadciśnienia u osób w wieku podeszłym jest ciągle niezadowalająca. W Polsce dobrze kontrolowane ciśnienie stwierdzono u 9% mężczyzn i 14% kobiet powyżej 60. roku życia [Zdrojewski 2003]. Jednak realizując cel terapii przeciwnadciśnieniowej, jakim jest dążenie do obniżenia ciśnienia do wartości poniżej 140/90 mm Hg, należy kierować się zasadą osiągania najniższych dobrze tolerowanych wartości [Stanowisko PTNT 2003]. Wytyczne leczenia nadciśnienia u pacjentów w podeszłym wieku są takie same jak u ludzi młodych, jednak leczenie osób starszych może napotykać na szereg trudności. W leczeniu nefarmakologicznym osób z wieloletnimi przyzwyczajeniami trudniej jest liczyć na zmianę stylu życia, a ograniczenia wynikające z upośledzenia sprawności i wydolności fizycznej często uniemożliwiają podejmowanie regularnej aktywności fizycznej. Leczenie farmakologiczne obejmuje stosowanie w ramach monoterapii sześciu grup leków hipotensyjnych, do których należą: diuretyki, beta-adrenolityki, blokery kanałów wapniowych (Ca-blokery), inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE-I), antagoniści receptora angiotensyny II (AT 1 bl.) lub stałych kombinacji małych dawek leków hipotensyjnych [Stanowisko PTNT 2003]. Wybór leku w tej populacji powinien być bardzo indywidualny i wymaga uwzględnienia:

- zmian związanych z wiekiem,
- obecności powikłań i innych schorzeń,
- stosowania innych leków,
- jakości współpracy z chorym.

Celem unikania polipragmazji w pierwszej kolejności należy wybierać lek mający zastosowanie w jak największej liczbie schorzeń współistniejących. Szczególne sytuacje i preferowane leki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Wybór leku hipotensyjnego w zależności od schorzeń towarzyszących

Choroba współistniejąca	Preferowany lek
Choroba niedokrwienna serca	Beta-bloker, ACE-I, Ca-bl.
Niewydolność serca	ACE-I, ATI bl., beta-bloker
Stan po udarze	ACE-I, diuretyk
Niewydolność nerek	ACE-I, diuretyk
Cukrzyca	ACE-I, Ca-bl.
Nadciśnienie skurczowe izolowane	Ca-bl., diuretyk, ACE-I
Miażdżycy tętnic obwodowych	ACE-I, Ca-bl

Odrębności leczenia farmakologicznego nadciśnienia w starości dotyczą:

- wyjściowych dawek leków, które powinny być o połowę niższe niż u osób młodych i powoli zwiększane,
- leczenia izolowanego nadciśnienia skurczowego, w którym zalecane są w pierwszej kolejności leki moczopędne, a następnie długo działający dihydropirydynowi antagoniści wapnia,
- ostrożnego stosowania leków nasilających ortostatyczne spadki ciśnienia.

Niewystarczająca skuteczność monoterapii, wymagająca stosowania leczenia skojarzonego, może u starszych pacjentów być przyczyną częstszego ujawniania się niepożądanych skutków skojarzeń, np. hiperkalemii w wyniku łączenia ACE-I z diuretykiem oszczędzającym potas czy hipotonii ortostatycznej. W geriatrici szczególnie podkreśla się zalety leków hipotensyjnych o długim okresie działania, których stosowanie umożliwia równomierne obniżanie ciśnienia przy słabszych działaniach niepożądanych, a stosowanie leku raz na dobę zapewnia lepszą współpracę z pacjentem.

Podsumowując – z uwagi na potencjalnie niekorzystne efekty terapii hipotensyjnej u osób starszych należy:

- zebrać dokładny wywiad zarówno od pacjenta, jak i jego rodziny (upadki, zasłabnięcia, zawroty głowy),
- wykonać próbę ortostatyczną,
- po 2 tygodniach stosowania ACEI, AT1 lub spironolaktonu skontrolować poziom mocznika, kreatyniny, potasu; kontrolę taką powtarzać następnie co 6 miesięcy.

Kontrowersje wzbudza leczenie nadciśnienia u osób, które ukończyły 80. rok życia. Wynikają one po części z braku perspektywnych badań wskazujących na korzyści płynące z obniżania ciśnienia u tych osób, a tak-

że z obaw wynikających z obserwacji klinicznych o możliwych efektach niepożądanych takiego postępowania. Metaanaliza Gueyffiera i wsp. wykazała, że choć ryzyko udaru mózgu u osób otrzymujących leczenie aktywne jest mniejsze, to równocześnie istnieje tendencja do skrócenia życia tych osób [Gueyffier 1999]. Dotychczas w żadnym z opublikowanych opracowań nie analizowano efektów terapeutycznych u osób bardzo starych. Aktualne wytyczne zalecają nader ostrożne leczenie nadciśnienia u osób, które ukończyły 80 lat. Rozsądne wydaje się obniżanie ciśnienia o 10% (do wartości ok. 160-170/80-90), jeśli nie występuje nadmierny spadek ciśnienia po pionizacji oraz jeśli wywiad zebrany od pacjenta i jego rodziny nie wskazuje na nasilenie zawrotów głowy, zasłabnięć lub upadków.

CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA

Choroba niedokrwienna serca (ChNS) jest najczęstszym schorzeniem serca w wieku starszym, najczęstszą przyczyną niewydolności serca i najczęstszą przyczyną zgonów ludzi w wieku podeszłym. Objawy kliniczne ChNS wykazuje blisko 30% osób powyżej 65. roku życia [Mahon 1999], a 60% zawałów serca występuje w tej grupie wiekowej. W porównaniu z chorymi w wieku 55-64 lat ryzyko zgonu z powodu zawału serca u osób pomiędzy 75. a 84. rokiem życia zwiększa się 6-krotnie, a powyżej 85. roku życia – 15-krotnie [Keller 1996]. O gorszym rokowaniu w chorobie niedokrwiennej, a szczególnie w przebiegu zawału serca u osób w podeszłym wieku decydują: zmiany układu sercowo-naczyniowego związane z procesami starzenia, większe zaawansowanie choroby wieńcowej u ludzi starszych (częściej choroba trójnaczyniowa i zwężenie pnia lewej tętnicy wieńcowej, niższa frakcja wyrzutowa lewej komory), wielochorobowość oraz niedostateczne w tej grupie wieku działania profilaktyczne.

Nietypowy obraz kliniczny oraz trudności diagnostyczne utrudniają rozpoznanie i opóźniają leczenie ChNS u osób starszych. W podeszłym wieku częściej zamiast bólu wieńcowego występuje duszność wysiłkowa, a także inne, mało specyficzne dla ChNS objawy, takie jak uczucie zmęczenia, osłabienie w czasie lub po wysiłku, stopniowo narastające objawy niewydolności lewokomorowej [Paul 1996]. Niecharakterystyczne bóle w klatce piersiowej wymagają różnicowania z chorobą zwyrodnieniową, wrzodową, przepukliną rozworu przełykowego. Również zawał serca może manifestować się dusznością, niewydolnością serca, zaburzeniami świadomości, zawrotami głowy, omdleniami, udarem mózgowym.

Diagnostykę utrudnia niezdolność do wykonywania testów diagnostycznych, a także obecność zmian w wyjściowych zapisach ekg, maskujących niedokrwienie mięśnia sercowego (niespecyficzne zmiany odcinka ST-T, przerost lewej komory, zaburzenia przewodnictwa wewnątrzkomorowego).

Złotym standardem w diagnostyce choroby wieńcowej w wieku podeszłym pozostaje koronarografia. Dane z literatury dowodzą jednak, że pa-

cji w wieku podeszłym znacznie rzadziej, niżby to wynikało ze wskazań, kierowani są zarówno do nieinwazyjnych badań diagnostycznych, jak i do koronarografii [Alexander 2001, Bowling 2001]. Natomiast analizy przyczyn zgonów chorych w podeszłym wieku z ChNS wskazują, że podobnie jak u ludzi młodych najczęstszą przyczyną zgonu była nagła śmierć lub kolejny zawał. Celowe jest więc stosowanie u osób w starszym wieku podobnych kryteriów kwalifikacyjnych do koronarografii oraz „agresywnego” leczenia jak u osób młodszych.

Skuteczność stosowanego w ChNS leczenia (beta-blokerów, nitratów, blokerów kanału wapniowego, ACE-I, leków hipolipemizujących i leków cytoprotekcyjnych) potwierdzona jest również u osób w wieku podeszłym. Terapia może być jednak trudniejsza z powodu większego zaawansowania choroby, współistnienia innych chorób i związanej z nimi politerapii, łatwiejszego ujawniania się objawów niepożądanych i interakcji lekowych, a także z powodu mniejszej podatności na zalecenia lekarskie.

Cele leczenia pozostają niezależne od wieku, ale szczególnie u osób po 80. roku życia najistotniejsza jest realizacja celów bezpośrednich, czyli zapobieganie bólom dławicowym i ich doraźne leczenie, poprawa tolerancji wysiłku i poprawa jakości życia, gdyż jego wydłużenie może być niemożliwe z powodu chorób współistniejących. Nie należy rezygnować ze zwalczania czynników ryzyka poddających się modyfikacji: nadciśnienia tętniczego, palenia tytoniu, zaburzeń lipidowych, cukrzycy, nadwagi i otyłości, braku aktywności fizycznej, których niekorzystne znaczenie prognostyczne w starszym wieku staje się nader istotne.

Zarówno praktyka kliniczna, jak i dane z piśmiennictwa pokazują zbyt ostrożne leczenie osób starszych. Ograniczenia dotyczą szczególnie stosowania kwasu acetylosalicylowego i beta-adrenolityków. Mimo potwierdzonej skuteczności aspiryny w postaci redukcji o 25% poważnych incydentów sercowo-naczyniowych, 24% osób starszych, u których nie występowały przeciwwskazania do stosowania kwasu acetylosalicylowego, nie otrzymała zalecenia jego zażywania [Krumholz 1996]. U osób starszych ryzyko występowania zależnych od dawki krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego może być zwiększone jednoczesnym stosowaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

Podobnie mimo korzyści ze stosowania beta-blokerów w postaci obniżenia śmiertelności o 43% i ponownej hospitalizacji z przyczyn sercowo-naczyniowych o 22% w okresie dwóch lat po przebytym zawale serca, tylko 21% spośród osób nie mających przeciwwskazań do ich stosowania miało zalecone beta-blokery, a najistotniejszym wskaźnikiem do niestosowania ich był zaawansowany wiek [Soumerai 1997].

Możliwość występowania działań ubocznych, przede wszystkim hipotonii ortostatycznej, należy wziąć pod uwagę przy stosowaniu azotanów, zwłaszcza przy częstej terapii wielolekowej, i ograniczać ich podawanie do przypadków nawracających bólów dławicowych u chorych po zawale serca.

Wyniki najnowszych badań, obejmujących również osoby powyżej 70. roku życia (HOPE – Heart Outcomes Prevention Evaluation Study, EURO-PA – The EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in patients with stable coronary Artery disease), nie tylko potwierdziły skuteczność ACE-I w postaci redukcji całkowitej i sercowo-naczyniowej śmiertelności, niższej częstości powtórnych zawałów, zmniejszenia ryzyka udarów, konieczności rewaskularyzacji, hospitalizacji z powodu anginy niestabilnej i niewydolności serca, zmniejszenia liczby nowych rozpoznań cukrzycy oraz występowania powikłań cukrzycowych, dotyczą wszystkich leczonych, w tym osób powyżej 65. roku życia, ale także wykazały celowość rozszerzenia wskazań do ich stosowania u wszystkich chorych z rozpoznąną chorobą układu sercowo-naczyniowego, również ze stabilną postacią ChNS, bez dysfunkcji lewej komory [The HOPE Study Investigators 2000, EURO-PA Study 2003].

Wszystkie badania oceniające efekty leczenia hipolipemizującego (4S, LIPID, HPS, PROSPER) wykazały również większe korzyści płynące ze stosowania statyn przez starszych pacjentów w porównaniu z młodymi, w postaci większej redukcji względnego ryzyka zawału serca, spadku liczby incydentów wieńcowych, zmniejszenia potrzeby zabiegów pomostowania lub angioplastyki oraz ryzyka udarów mózgu [4S 1994, Sacks 1996, HPS 2001, Shepherd 2002].

U osób starszych nie należy również rezygnować z leczenia inwazyjnego, chociaż trzeba mieć na uwadze nieco niższą skuteczność angioplastyki wieńcowej (PCI, Percutaneous Coronary Intervention) (79-94% vs 90-98%) oraz wyższą śmiertelność, wynoszącą przeciętnie 1,5-2,5%, podczas gdy poniżej 70. roku życia nie przekracza ona 1%, a także dwukrotnie częstsze niż w młodszej grupie wiekowej powikłania PCI w postaci zawału serca, potrzeby pilnego zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego, niewydolności nerek, udaru mózgu oraz powikłań z miejsca wkłucia [Batchelor 2000, Abenheim 2001]. Rokowanie obciąża ogólny stan chorego i obecność schorzeń towarzyszących, głównie cukrzycy, niewydolności nerek i serca, dusznicy niestabilnej i frakcji wyrzutowej poniżej 35%. Wyniki ostatnich lat wskazują jednak zarówno na poprawę skuteczności zabiegów u osób starszych z 88% do 93%, jak i na zmniejszenie ryzyka powikłań o 37% oraz zgonów o 29% [Batchelor 2000, McGrath 1999].

Leczenie fibrynolityczne zawału serca ograniczone jest nie tylko opóźnionym rozpoznaniem, ale i wzrostem o ok. 38% ryzyka wczesnej (30-dniowej) śmiertelności wśród pacjentów powyżej 75. roku życia [Angeja 2001, Thiemann 2000]. Leczenie to zwiększa przede wszystkim zagrożenie udarem mózgu i poważnymi krwawieniami. Wobec ryzyka fibrynolizy w podeszłym wieku szczególnego znaczenia nabiera leczenie interwencyjne ostrych zespołów wieńcowych. Analizy badań wskazują, że zarówno w 30. dniu obserwacji, jak i po 1. roku częstość występowania zgonu, ponownego zawału serca i udaru mózgu w grupie leczonej inwazyjnie istotnie była

mniejsza [DeBoer 2002, Stone 1995], choć ryzyko pacjentów w wieku podeszłym poddanych zabiegom PCI jest wyższe niż chorych młodszych.

Podobnie jak do PCI, osoby starsze rzadziej kierowane są do operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (Coronary Artery Bypass Grafting, CABG) [Paul 1996, Bowling 2001], a powodem większego konserwatyzmu w podejściu do tego typu leczenia jest zaawansowany wiek i współistniejące schorzenia przewlekłe. Operacje CABG u osób w podeszłym wieku cechuje wyższa śmiertelność, szacowana średnio na 8,9%; w 7. dekadzie życia wynosi 1,4-5,7%, rośnie zaś od 4,2 do 19,2% powyżej 80. roku życia [Engoren 2002, Smith 2001]. Jednak lepsza technika operacyjna oraz większe doświadczenie w prowadzeniu pooperacyjnym spowodowały, że obecnie osoby starsze częściej poddawane są CABG. O ile w latach 1978-1982 chorzy powyżej 70. roku życia stanowili 8% operowanych, to dziś liczba ta wzrosła do ok. 41%, a odsetek pacjentów powyżej 80. roku życia wynosi 5,3% [Sezai 2002].

Mimo zwiększonego ryzyka wyniki tych operacji są zachęcające. Według różnych autorów 5-letnie przeżycie chorych powyżej 70. roku życia, u których wykonano CABG, dotyczy 65-80%. Po pięcioletnim okresie 63% pacjentów wolnych było od bólów dławicowych. Ze względu na wyższą w starszych grupach wiekowych śmiertelność i większe ryzyko powikłań decyzje o leczeniu inwazyjnym muszą być podejmowane z dużą ostrożnością, jednakże prawidłowa kwalifikacja osób starszych do zabiegów PCI lub CABG może zarówno wydłużyć ich życie, jak i uwolnić od dolegliwości, poprawić tolerancję wysiłku i ogólną sprawność, pozwalając powrócić do aktywności sprzed choroby, tym samym zaś poprawić jakość życia.

NIEWYDOLNOŚĆ SERCA

Postęp w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych, nadciśnienia tętniczego i wad serca oraz wydłużenie średniego czasu trwania życia są przyczynami zwiększania się liczby chorych z niewydolnością serca. Częstość występowania zastoinowej niewydolności serca jest bardzo wyraźnie zależna od wieku. Z badań Framingham wynika, że od 60. roku życia odsetek chorych z niewydolnością serca podwaja się z każdą dekadą życia, i o ile w ogólnej populacji liczba zachorowań wynosi 0,4-2%, to po 80. roku życia sięga 10% [Ho 1993]. Wśród przewlekłych schorzeń dominujących w starości niewydolność serca należy do najczęstszych przyczyn hospitalizacji i zgonów w tej grupie wiekowej, prowadząc do ograniczeń funkcjonalnych w istotny sposób pogarszających jakość życia.

Obejmująca 31 badań metaanaliza Teerlinka i wsp. wykazała, że przyczyną ponad połowy przypadków niewydolności serca była ChNS [Teerlink 1991]. W badaniach Framingham nadciśnienie tętnicze poprzedzało rozwój niewydolności serca u $\frac{3}{4}$ chorych, ChNS u połowy, a obie te choroby występujące łącznie odpowiadały za 90% niewydolności serca [Ho

1993, Ho 1993]. Chorych w wieku podeszłym charakteryzuje częstsze występowanie niewydolności serca z prawidłową czynnością skurczową lewej komory (niewydolność rozkurczowa), powszechniejsze też są choroby współistniejące, przede wszystkim cukrzyca, migotanie przedsionków, zaburzenia poznawcze i związana z nimi niesprawność [Zuccala 2001]. Z kolei często występująca w starszym wieku depresja jest czynnikiem ryzyka rozwoju niewydolności serca i wskaźnikiem niepomyślnego rokowania [Rozzini 2001]. Do czynników przyczyniających się do zaostrzeń niewydolności serca należą współistniejące stany chorobowe, takie jak anemia, nadczynność tarczycy, infekcje, migotanie przedsionków, oraz stosowane leki, np. niesteroidowe leki przeciwzapalne. Rokowanie w niewydolności serca jest niepomyślne. Połowa chorych umiera w ciągu 4 lat, natomiast spośród pacjentów z ciężką niewydolnością serca ponad 50% umiera w ciągu roku [Ho 1993].

Obraz kliniczny przewlekłej niewydolności serca bywa nietypowy. Chorzy często skarżą się na senność, splątanie, dezorientację, zmęczenie, osłabienie. Dusznosc może nie występować, bo podejmowane wysiłki fizyczne nie są dostateczne do jej wyzwolenia (tab. 2).

Tabela 2. Wartość podstawowych objawów podmiotowych i przedmiotowych w rozpoznawaniu niewydolności serca w starości

Objaw	Wartość rozpoznawcza w starości
Dusznosc	Może być nieobecna ze względu na niedostateczne wysiłki fizyczne
Tachykardia	Wysiłkowe przyspieszenie rytmu mniej wyraźne
Obrzęki	Częste inne przyczyny: niewydolność żylna, nerek, niedobiałczenie
Nykturia	Częste stany z nasiloną diurezą (hiperglikemia, hiperkalcemia), hypoalbuminemia, niewydolność układu żylnego, choroby prostaty

Podstawowe zasady postępowania w niewydolności serca u ludzi starych nie różnią się od procedur u osób młodszych. Zawsze, jeśli tylko to możliwe, należy wdrożyć leczenie przyczynowe – leczenie nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca ewentualnie korekcję chirurgiczną wad serca.

Podstawą leczenia objawowego jest postępowanie niefarmakologiczne (dieta, ćwiczenia fizyczne) i farmakoterapia. Jednak podobnie jak w poprzednich schorzeniach wdrożenie modyfikacji stylu życia jest w starszym wieku trudne.

W leczeniu farmakologicznym zasadniczymi preparatami są inhibitory konwertazy (ACE-I) i diuretyki, a przy nietolerancji tych pierwszych

– blokery receptora AT_1 dla angiotensyny II. Uzupełnienie stanowi stosowanie beta-blokerów, naporstnicy i wazodilatatorów [The treatment of heart failure 1997].

Wytyczne leczenia niewydolności krążenia zalecają stosowanie **inhibitorów enzymu konwertującego** na każdym etapie zaawansowania choroby. Leki te zmniejszają całkowite ryzyko zgonu o 27% w IV klasie NYHA i o 16% w II-III, redukując jednocześnie objawy i poprawiając jakość życia chorych. Jednak tylko 16,7% chorych leczonych w lecznictwie otwartym otrzymuje ACE-I w zalecanej dawce, niedostateczne jest także leczenie starszych osób w trakcie hospitalizacji. Porównanie terapii chorych powyżej ($n = 3153$) i poniżej 70. roku życia ($n = 1453$) wykazało, że ACE-I stosowano zdecydowanie rzadziej w starszej grupie wiekowej (52% vs 57%), podobnie jak beta-blokery (8% vs 18%) oraz antykoagulanty (14% vs 24%). Takie zachowawcze podejście przyczyniło się do zwiększenia śmiertelności niedostatecznie leczonych osób powyżej 70. roku życia (21% vs 13%).

Diuretyki stanowią obok ACE-I podstawową grupę leków w leczeniu niewydolności serca. Zwalczają objawy retencji płynów – duszność i obrzęki, co poprawia jakość życia. U osób w wieku podeszłym, obok powszechnie uznanych efektów ubocznych, jak hipokaliemia i hipowolemia, diuretyki wykazują zmniejszoną absorpcję, wydłużony czas wydalania, stąd możliwe opóźnienie, wydłużenie i zmniejszenie efektu działania. Diuretyki oszczędzające potas okazały się bardzo skuteczne w zmniejszaniu śmiertelności u chorych z niewydolnością krążenia w badaniach RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study), w których spironolakton stosowany był w niewielkiej dawce 25 mg/dobę [Pitt 1999]. U osób w wieku podeszłym ze względu na opóźnione wydalanie mogą uzyskiwać wyższe stężenia, co może zwiększać ryzyko hiperkaliemii, zwłaszcza przy równoczesnym stosowaniu ACE-I i niesteroidowych leków przeciwzapalnych.

W świetle wyników badań DIG [Digitalis Investigation Group 1997], **digoksyna** to lek przede wszystkim objawowy. Poprawiając jakość życia, nie wpływa na rokowanie chorych z niewydolnością serca, a w stężeniach wyższych może sprzyjać groźnym zaburzeniom rytmu. Stąd zalecane utrzymywanie niskich stężeń 0,7-1,2 mg/ml, uzyskiwane przez wyraźne zmniejszenie dawkowania. Takie podejście konieczne jest także z powodu prawie dwukrotnego wydłużenia czasu eliminacji digoksyny między 70. a 90. rokiem życia.

W dużych kontrolowanych badaniach, wskazujących na poprawę rokowania przy stosowaniu **β -blokerów**, średni wiek chorych oscylował około 60. roku życia. Analizę szczegółową, w zależności od wieku chorych, przeprowadzono w trakcie leczenia karwedilolem. Współczynnik ryzyka zgonu dla osób leczonych aktywnie w stosunku do otrzymujących placebo wynosił 0.3 przed 58. rokiem życia, a w grupie starszych (≥ 59 . rokiem życia) był tylko nieznacznie gorszy i wynosił 0.38 [Packer 2001]. Nie obserwowano również rozbieżności co do efektów leczenia w zależności od wieku w bada-

niu CIBIS II z bisoprololem, w którym uzyskano zmniejszenie współczynnika śmiertelności o 34% i redukcję ryzyka hospitalizacji z powodu niewydolności serca o 32% w porównaniu z grupą placebo [CIBIS II 1999]. Stąd również w tej grupie wiekowej, jeśli tylko nie ma przeciwwskazań, a beta-bloker jest dobrze tolerowany, zawsze należy podjąć próbę jego zastosowania, uwzględniając wszystkie odrębności chorowania w starości.

Przebieg niewydolności serca u osób starszych często pogarszany jest przez choroby współistniejące. W analizie Braunsteina i wsp. u 40% starszych pacjentów stwierdzono poza niewydolnością serca co najmniej pięć innych schorzeń. Do najczęstszych pozasercowych chorób towarzyszących, w istotny sposób zwiększających potrzebę hospitalizacji, należały: choroba obturacyjna płuc i rozstrzenie oskrzeli, niewydolność nerek, cukrzyca, depresja, choroby dolnych dróg oddechowych. Prawidłowe rozpoznanie i leczenie tych schorzeń, a także nierezygnowanie z pełnego leczenia niewydolności serca mogłoby zapobiec około 50% przyjęć do szpitala [Braunstein 2003].

CUKRZYCA

Występowanie zaburzeń tolerancji glukozy i cukrzycy w sposób istotny wiąże się z postępem cywilizacji, a także z wiekiem badanych. W badaniach NHANES III cukrzyca dotyczyła 5,1% osób dorosłych, a powyżej 60. roku życia – 18,8% populacji, ale zaburzenia metabolizmu glukozy łącznie (cukrzyca, upośledzona tolerancja glukozy i nieprawidłowa glikemia na czczo) występowały u około 40% osób starszych [Harris 1998].

W patofizjologii cukrzycy typu 2, która jest najczęstszą postacią u ludzi starszych, dużą rolę odgrywa upośledzona wrażliwość tkanek obwodowych na działanie insuliny i kompensacyjne nadmierne jej wydzielanie, które z czasem zmniejsza się aż do całkowitego niedoboru. Wzrastającej zachorowalności na cukrzycę u osób starszych sprzyja nieprawidłowe odżywianie, mała aktywność fizyczna, zwiększona aktywność układu współczulnego, a także stosowanie leków potencjalnie diabetogennych. Poprzedzające ujawnienie cukrzycy insulinooporność i hiperinsulinemia odpowiedzialne są za wiele niekorzystnych zjawisk, takich jak zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze, otyłość i być może są wspólnym czynnikiem patogenetycznym cukrzycy oraz zwiększonej częstości chorób sercowo-naczyniowych u cukrzyków. Z prospektywnych badań United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) wynika, że głównymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę są: hiper-glikemia, nadciśnienie tętnicze, występujące u cukrzyków 2,5 raza częściej, zwiększone stężenie cholesterolu LDL, niskie stężenie HDL oraz palenie tytoniu [UKPDS 1998]. Cukrzyca typu 2 początkowo przebiega skrycie i od momentu jej wystąpienia do diagnozy mija od kilku do kilkunastu lat, często więc w chwili rozpoznania u chorego obecne są już powikłania narządowe,

u podłoża których leży mikro- i makroangiopatia. Powikłania te decydują o gorszym rokowaniu – przewidywana długość życia cukrzyków jest krótsza o około 10 lat. W porównaniu ze zdrową populacją śmiertelność diabetyków jest trzykrotnie częstsza, najczęstszą zaś przyczyną zgonu (60%) są powikłania sercowo-naczyniowe. Badania wykazały, że u diabetyków ryzyko schorzeń układu sercowo-naczyniowego oraz udaru mózgu jest 2-4-krotnie wyższe u mężczyzn i 5-7-krotnie wyższe u kobiet. Ryzyko zawału serca ulega potrojeniu, a niewydolność krążenia występuje pięć razy częściej, konieczność amputacji kończyn dolnych (następstwo zarówno makro-, jak i mikroangiopatii) wzrasta 7-krotnie [MR FIT 1982, Janeczko 2000, Standl 2000, The Diabetes Control Group 1993]. Wśród chorych na cukrzycę 5-krotnie częściej występuje również nefropatia będąca jedną z głównych przyczyn schyłkowej niewydolności nerek oraz retinopatia prowadząca do ślepoty.

Kryteria rozpoznania cukrzycy u osób starszych są takie same jak u pacjentów w młodszym wieku. Natomiast typowe objawy kliniczne cukrzycy występują rzadko, dopiero przy wysokiej hiperglikemii. Mniej charakterystyczne objawy, jak: uczucie zmęczenia, zaburzenia snu, nietrzymanie moczu, zaburzenia widzenia, osłabienie pamięci oraz objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego często traktowane są jako następstwo zaawansowanego wieku lub efekty stosowanego leczenia.

Zasadnicze elementy terapii (edukacja, zdrowe żywienie, wysiłek fizyczny i farmakoterapia) są takie same jak w wieku młodszym, choć modyfikacja diety i stylu życia rzadko bywa w pełni realizowana. Nieco odmiennie jest natomiast podejście do leczenia farmakologicznego. O ile nie występuje kwasica, zalecane są doustne leki hipoglikemizujące, głównie akarboza i pochodne sulfonilomocznika, unikać należy jednak preparatów o przedłużonym działaniu, nie należy też stosować chlorpropamidu i glibenklamidu, które mogą być przyczyną długotrwałych hipoglikemii. Należąca do biguanidów metformina, obarczona dużą liczbą działań niepożądanych, u osób starszych powinna być zalecana z dużą ostrożnością. Insulina, stosowana w przypadku braku uzyskania metabolicznego wyrównania cukrzycy lekami doustnymi lub obecności powikłań, podawana jest u osób starszych przeważnie dwa razy na dobę w postaci mieszanek insulin krótko- i długodziałających.

Hipoglikemia będąca powikłaniem nieprawidłowego leczenia cukrzycy może w starszym wieku prowadzić do trwałych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, prowokować lub pogłębiać zaburzenia poznawcze lub zaburzenia rytmu serca, może też mieć nietypowy obraz w postaci zaburzeń neurologicznych lub sfery psychicznej, bez charakterystycznych objawów pobudzenia układu wegetatywnego – potliwości, głodu, niepokoju, drgawek.

Ze względu na następstwa hipoglikemii i stosunkowo krótki czas dalszego trwania życia kryteria wyrównania metabolicznego u osób starych są

łagodniejsze niż w młodszych grupach wiekowych. Dopuszcza się glikemię na czczo w granicach 100-60 mg%, po posiłku do 250 mg%, a hemoglobinę glikowaną (Hb_{A1C}) poniżej 9%. Jednak ze względu na wysokie ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych oraz zagrożenie zgonem u wszystkich dobrze współpracujących osób, szczególnie zaś w okresie wczesnej starości należy dążyć do jak najlepszego wyrównania, łącznie z kontrolą ciśnienia tętniczego poniżej 130/80, obniżenia cholesterolu LDL poniżej 100 mg/dl, trójglicerydów poniżej 150 mg/dl, podwyższenia cholesterolu HDL powyżej 40 mg/dl u mężczyzn i powyżej 50 mg/dl u kobiet.

Wyniki badań oceniających wpływ jakości wyrównania metabolicznego cukrzycy na rozwój powikłań naczyniowych wykazały, że dobra kontrola z utrzymywaniem glikemii w pobliżu wartości prawidłowych istotnie hamuje rozwój i postęp zmian o charakterze mikroangiopatii, w znacznie mniejszym stopniu ogranicza rozwój makroangiopatii [The Diabetes Control Group 1993, UKPDS 1998]. Mimo braku jednoznacznie korzystnego wpływu wyrównania cukrzycy na redukcję ryzyka choroby dużych naczyń, hiperglikemia jest niezależnym czynnikiem rozwoju miażdżycy i nawet niewielki wzrost stężenia glukozy powoduje wzrost ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego [Coutinho 1999, Stratton 2000]. W badaniu UKPDS intensywna kontrola glikemii wiązała się z 12-procentowym spadkiem ($p = 0,029$) częstości wszystkich zdarzeń związanych z cukrzycą, 25-procentowym spadkiem częstości mikroangiopatii ($p = 0,009$) i 16-procentowym spadkiem częstości zawału serca ($p = 0,052$) [UKPDS 1998]. Zmniejszenie HbA_1 o 1% w ciągu roku redukowało ryzyko zawału serca o 14%, ryzyko mikroangiopatii o 37% i ryzyko choroby naczyń obwodowych o 43% [Stratton 2000]. Nie można też pominąć korzyści ACE-I u chorych z cukrzycą, przy uwzględnieniu przeciwwskazań do ich stosowania. Czteropółroczne stosowanie ramiprilu u chorych na cukrzycę objętych badaniem HOPE związane było z redukcją ryzyka zgonu z powodu chorób układu krążenia o 26% i ryzyka powikłań cukrzycy o 16%, a w podgrupie bez jawnej proteinurii (MICRO-HOPE) redukcja zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych wynosiła 37%, zaś redukcja ryzyka rozwoju nefropatii 24% [HOPE Study Investigators 2000].

ZAPALENIE PŁUC I DRÓG MOCZOWYCH

Zmniejszenie odporności wskutek starzenia się układu immunologicznego oraz obecność licznych schorzeń przewlekłych zwiększają podatność osób starszych na zakażenia, przyczyniają się do cięższego ich przebiegu i zwiększonej śmiertelności. Do najczęstszych w wieku podeszłym należą zapalenia płuc i dróg moczowych.

Zapalenie płuc występuje z częstością 20–40/1000 osób poza szpitalem i 100–250/1000 hospitalizowanych osób starszych. Jest jedną z głównych przyczyn hospitalizacji, a ryzyko szpitalnego zapalenia płuc u chorych

w podeszłym wieku bywa trzykrotnie większe niż u osób młodszych. Wysokiej zapadalności osób starszych na infekcje płucne sprzyjają: zaburzenie odruchu kaszlowego i oczyszczania dróg oddechowych, szczególnie przy zaburzeniach świadomości, stosowaniu leków uspokajających i w przebiegu chorób neurologicznych, obniżona podatność płuc, zmniejszona pojemność dyfuzyjna i wysycenie tlenem krwi tętniczej, mniejsza ilość przeciwciał w odpowiedzi na ekspozycję antygenem w pęcherzykach płucnych, kolonizacja jamy ustnej bakteriami Gram (-), częstsza aspiracja (zaburzenia świadomości, neurologiczne). Głównym jednak czynnikiem ryzyka zapalenia płuc i gorszego rokowania u osób starszych jest obecność chorób przewlekłych. O ile śmiertelność w zapaleniu płuc bez towarzyszących innych chorób wynosi 9/100 000, to przy obecności dwóch lub więcej schorzeń sięga 979/100 000.

Najczęstszym czynnikiem etiologicznym pozaszpitalnego zapalenia płuc jest *Streptococcus pneumoniae* (15 – 50%), pozostałe to jelitowe pałeczki Gram (-): *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Escherichia coli* (40 - 60%), beztlenowce (20%), *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* (6.0%), *Chlamydia pneumoniae* (6,3 %) oraz wirusy grypy A i B (5,3%). Mimo znacznego postępu, jaki dokonał się w leczeniu chorób infekcyjnych, zapalenie płuc jest czwartą przyczyną zgonów w wieku podeszłym. W badaniach Kaplana i wsp. śmiertelność szpitalna wynosiła 11%, a w rocznej obserwacji osób, które przeżyły, sięgała 40% i była tym wyższa, im bardziej zaawansowany był wiek chorych. Niezależnymi czynnikami ryzyka był wiek, płeć męska i liczba chorób towarzyszących, z których najczęstszymi były choroby układu sercowo-naczyniowego, płuc, cukrzyca, choroby neuro-psychiatryczne, nowotwory i choroby nerek [Kaplan 2003]. Dlatego też oprócz leczenia już istniejącej choroby ważne jest zapobieganie zapaleniom płuc u osób starszych poprzez stosowanie szczepień przeciw grypie i infekcjom pneumokokowym.

Zakażenia układu moczowego należą do najczęstszych przyczyn interwencji lekarskich. Występują u 10% mężczyzn i 20% kobiet w wieku podeszłym. Sprzyjają im starcze zmiany w układzie moczowym: zanikowe zapalenie cewki i pochwy, wypadanie macicy, zmniejszona sekrecja wydzieliny prostaty, upośledzenie obrony immunologicznej. Nie bez znaczenia są też przewlekłe schorzenia układu moczopłciowego (łagodny przerost, zapalenie i rak prostaty, kamica nerkowa, zwężenie, uchyłki cewki), utrudniające odpływ moczu i często stwarzające konieczność cewnikowania lub zabiegów urologicznych, a także choroby usposabiające: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, udar mózgu, unieruchomienie, odleżyny.

Choć nadal najczęstszym czynnikiem etiologicznym pozostaje *Escherichia coli* (70%), wzrasta udział innych pałeczek Gram ujemnych (*Proteus spp*, *Pseudomonas*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Providentia st.*) i Gram dodatnich gronkowców koagulazo-ujemnych, paciorkowców typu B, enterokoków,

zwłaszcza u osób przewlekle cewnikowanych. Ryzyko infekcji wzrasta proporcjonalnie do czasu utrzymywania cewnika, który stanowi drogę wnika-
nia bakterii. Po tygodniu utrzymywania cewnika w pęcherzu co czwarta
osoba ma infekcję dróg moczowych, po 30 dniach – blisko 100%.

W profilaktyce zakażeń dróg moczowych, poza leczeniem chorób ukła-
du moczowego i przewlekłych schorzeń ogólnoustrojowych mogących uspo-
sabiać do zakażeń, należy więc zmniejszać ryzyko bakteriiurii poprzez ogra-
niczanie wskazań do cewnikowania do bezwzględnie koniecznych, skraca-
nie czasu utrzymywania cewnika, zachowywanie aseptycznych warunków
zakładania i zmiany cewnika, zapobieganie cofaniu się moczu. Generalnie
w profilaktyce zakażeń w podeszłym wieku należy uwzględnić:

- szczepienia (pacjentów, personelu, opiekunów),
- właściwe odżywienie z wyrównaniem niedoborów,
- leczenie chorób współistniejących: cukrzycy, niewydolności krążenia,
chorób płuc, tarczycy, narządu ruchu oraz korekcje nieprawidłowości ana-
tomicznych mające na celu poprawę odpływu moczu lub poprawę mobil-
ności,

- utrzymanie optymalnego stanu zdrowia,
- rozsądną antybiotykoterapię,
- przy skłonności do aspiracji – ułożenie z głową niżej, przy ryzyku
zachłyśnięcia – rozważyć gastrostomię,
- ograniczenie wskazań do cewnikowania.

Złożone problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym dość często
wymagają leczenia w warunkach szpitalnych. Ta nowa sytuacja wraz z po-
gorszeniem się stanu zdrowia oraz koniecznością wdrożenia lub intensyfi-
kacji leczenia, stwarzają ryzyko nowych zagrożeń, jakimi są: unierucho-
mienie wraz z jego następstwami, takimi jak odleżyny, powikłania zakrze-
powo-zatorowe, utrata samodzielności i uzależnienie od otoczenia, odwod-
nienie, delirium, upadki ze złamaniami, zakażenia szpitalne.

Ryzyko, jakie niesie ze sobą hospitalizacja osób starszych, jest wyni-
kiem wzajemnych oddziaływań procesów starzenia ze stresami związa-
nymi z hospitalizacją, do których należy zmiana miejsca pobytu, otaczających
ludzi, trybu dnia codziennego, odizolowanie od bliskich, wdrażanie proce-
dur leczniczych i diagnostycznych, stosowanie diet leczniczych itp. Istotne
są również powikłania jatrogenne – działania uboczne leków występują-
u około 36% hospitalizowanych.

Wyniki różnych badań oceniających ryzyko hospitalizacji osób star-
szych wykazały, że u około 43% osób wystąpiło co najmniej jedno powikłanie
w trakcie pobytu w szpitalu, tylko 45% chorych utrzymało sprawność
w zakresie podstawowych czynności życia codziennego (ADL) sprzed zacho-
rowania, a 35% chorych nie odzyskało utraconej sprawności [Covinsky
2003]. Częstość występowania delirium szacowana jest na 11-26% hospi-
talizowanych osób starszych, z wyraźnym zwiększeniem częstości tego po-
wikłania u hospitalizowanych z przyczyn ostrych pacjentów z demencją 32-

76% [Fick 2002]. Wystąpienie powikłań prowadzi do wydłużenia hospitalizacji, ograniczenia sprawności, wzrostu śmiertelności i częstości instytucjonalizacji [Cole 2002].

Ograniczenie ryzyka związanego z pobytem w szpitalu osób starszych można uzyskać poprzez wdrożenie wielokierunkowej interwencji polegającej na:

- regularnej ocenie i monitorowaniu stanu funkcjonalnego i mentalnego pacjentów oraz opiece sprawowanej przez interdyscyplinarny zespół złożony z geriatry, pielęgniarki geriatrycznej, pracownika socjalnego i fizjoterapeuty,
- prowadzeniu zajęć stymulujących funkcje poznawcze i ułatwiających orientację w otoczeniu,
- ograniczeniu stosowania leków nasennych i zastępowanie ich redukcją hałasu, ciepłym napojem przed snem, muzyką relaksacyjną, masażem,
- przeciwdziałaniu unieruchomieniu – wczesne uruchomienie lub czynne ćwiczenia zwiększające zakres ruchów, poprawa samoobsługi, funkcji zwieraczy, mobilności,
- ograniczeniu stosowania procedur i sprzętu utrudniającego poruszanie się (np. cewniki, kroplówki, ograniczenia fizyczne),
- wczesnym rozpoznaniu odwodnienia, uzupełnieniu płynów, jeśli możliwe doustnie,
- przystosowaniu otoczenia – miękkie wykładziny, poręczce, niezastawione przejścia, duże zegary i kalendarze, podniesione toalety.

Interwencja taka, choć kosztowna i wymagająca zaangażowania personelu medycznego, może zmniejszyć częstość występowania delirium, zapobiegać depresji i utracie sprawności funkcjonalnej, zmniejszać częstość przenoszenia chorych do instytucji opiekuńczych i przyczyniać się do lepszego poczucia zdrowia osób starszych [Landefeld 1995, Inouye 1999].

Podsumowując – leczenie ludzi w podeszłym wieku wymaga dobrej znajomości odmiennej symptomatologii chorób i specyfiki chorowania ludzi starszych, znajomości zmian związanych z wiekiem i wpływu starzenia na farmakokinetykę leków oraz ryzyko interakcji, przy koniecznej wielokrotnie terapii wielolekowej, wynikającej z powszechnej w starości wielochorobowości.

PIŚMIENNICTWO

- Abenheim HA., Eisenberg MJ., Schechter D. i wsp., 2001, *Comparison of six-month outcomes of percutaneous transluminal coronary angioplasty in patients > 75 with those < 75 years of age (The ROSETTA Registry)*, Am.J.Cardiol., 87, 1392 – 1395.
- Alexander KP., Galanos AN., Jollis JG. i wsp., 2001, *Post-myocardial infarction risk stratification in elderly patients*, Am. Heart J., 142, 37 – 42.
- Angeja BG., Rundle AC., Gurwitz JH. i wsp., 2001, *Death or nonfatal stroke in patients with acute myocardial infarction treated with tissue plasminogen activator. Participants in the National Registry of Myocardial Infarction 2*, Am. J. Cardiol., 87, 627 – 630.
- Batchelor WB., Anstrom KJ., Muhlbaier LH., i wsp., 2000, *Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: results in 7472 octogenarians*, J.Am. Coll. Cardiol., 36, 723 – 730.
- Bowling A., Bond M., McKee D., i wsp., 2001, *Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications*, Heart, 85, 680 – 686.
- Braunstein JB., Anderson GF., Gerstenblith G. i wsp., 2003, *Noncardiac Comorbidity Increases Preventable Hospitalizations and Mortality Among Medicare Beneficiaries With Chronic Heart Failure*, J.Am. Coll. Cardiol., 42, 1226 – 33.
- Cole MG., McCusker J., Dendukuri N., Han L., 2002, *Symptoms of delirium among elderly medical inpatients with or without dementia*, J Neuropsychiatr.Clin.Neurosci., 14, 167–175.
- Coutinho M., Gerstein H.C., Wang Y., Yusuf S., 1999, *The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12, 4 years*, Diabetes Care, 22, 233 – 240.
- Covinsky KE., Palmer RM., Fortinsky RH i wsp., 2003, *Loss of independence in activity of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age*, J.Am.Geriatr.Soc., 51, 451 – 8.
- Dahlof B., Lindholm LH., Hansson L. i wsp., 1991, *Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension)*, Lancet 338, 1281–85.
- De Boer MJ., Ottervenger JP., van't Hof AW. i wsp., 2002, *Reperfusion therapy in elderly patients with acute myocardial infarction: a randomized comparison of primary angioplasty and thrombolytic therapy*, J. Am. Coll.Cardiol., 39, 1723–1728.
- Engoren M., Arslanian-Engoren C., Steckel D. i wsp., 2002, *Cost, outcome, and functional status in octogenarians and septuagenarians after cardiac surgery*, Chest, 122, 1309–1315.
- Fick DM., Agostini JV., Inouye SK., 2002, *Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review*, J.Am. Geriatr Soc., 50, 1723 – 1732.
- Gueyffier F., Bulpitt C., Boisel JP. i wsp., 1999, *Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials*. INDIANA Group, Lancet, 353, 793 – 796.
- Hajjar T., Kotchen TA., 2003, *Trends in prevalence. Awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988 – 2000*, JAMA., 290, 199 – 206.
- Harris MI., Flegal KM., Cowie CC. i wsp., 1998, *Prevalence of Diabetes, Impaired Fasting Glucose, and Impaired Glucose Tolerance in U.S. Adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 – 1994*, Diab. Care, 21, 518 – 524.
- Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, 2000, *Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy*, Lancet, 355, 253–259.

- Ho K i wsp., 1993, *The epidemiology of heart failure: the Framingham Study*, J. Am. Coll. Cardiol., 22, 6A – 13A.
- Ho K. i wsp., 1993, *Survival after onset of congestive heart failure in Framingham study*, Circulation, 88, 107 – 115.
- Inouye S. K., Bogardus ST., Charpentier PA. i wsp., 1999, *A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients*, New Engl. J. Med., 340, 669 – 676.
- Janeczko D., Kopczyński J., Lewandowski Z. i wsp., 2000, *Umieralność z powodu chorób układu krążenia u chorych na cukrzycę typu 2*, Przegląd Lekarski, 57, Supl.4, 3 – 7.
- Kannel WB., 1998, *Prospects for prevention of cardiovascular disease in the elderly*, Pres. Cardiol., 1, 32 – 9.
- Kaplan V., Clermont G., Griffin MF. i wsp., 2003, *Pneumonia. Still the Old Man's Friend*, Arch Int. Med., 163, 317 – 323.
- Keller NM., Feit F., 1996, *Coronary artery disease in the geriatric population*, Progr. Cardiovasc. Dis., 38, 407.
- Knopman D., Boland LL., Mosley T. i wsp., 2001, *Cardiovascular risk factors and cognitive decline in middle-aged adults: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Investigators*, Neurology, 56, 42 – 48.
- Krumholz HM., Radford MJ., Ellerbeck EF. i wsp., 1996, *Aspirin for Secondary Prevention after Acute Myocardial Infarction in the Elderly*, Ann Int Med, 124, 292 – 298.
- Landefeld C.S., Palmer RM., Kresevic DM. i wsp., 1995, *Randomized Trial of Care in a Hospital Medical Unit Especially Designed to Improve the Functional Outcomes of Acutely Ill Older Patients*, New Engl. J. Med. 332, 1338 – 44.
- Lewington S, Clarke R, Quizilbash N i wsp, 2002, *Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality*, Lancet, 360, 1903-1913.
- Mahon NG., Codd MB., O'Rorke C i wsp., 1999, *Management and outcome of acute myocardial infarction in older patients in the thrombolytic era*, J. Am. Geriatr. Soc., 47, 291 – 294.
- Mazza A, Pessina AC, Pavei A i wsp., 2001, *Predictors of stroke mortality in elderly people from the general population. The Cardiovascular Study in the Elderly*, Eur. J. Epidemiol., 17, 1097-104.
- McGrath PD., Malenka DI., Wennberg DE. i wsp., 1999, *Changing outcomes in percutaneous coronary intervention: a study of 34 752 procedures in northern New England, 1990 to 1997. Northern New England Cardiovascular Disease Study Group*, J. Am. Coll. Cardiol., 34, 647 – 680.
- MR FIT Research Group, 1982, *Multiple Risk Factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results*, JAMA, 248, 465 – 477.
- MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20, 536 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial, 2002, Lancet, 360, 7 – 22.
- Packer M., Coats AJS., Fowler MB. i wsp., 2001, *Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure*, N Engl. J. Med, 344, 1651 – 1658.
- Paul SD., O'Gara PT., Mahjoub ZA., i wsp., 1996, *Geriatric patients with acute myocardial infarction: Cardiac risk factor profiles, presentation, thrombolysis, coronary interventions, and prognosis*, Am. Heart J., 131, 710 – 715.
- Pitt B. i wsp., 1999, *The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators*, N. Engl. J Med., 314, 709.
- Rozzini R., Sabatini T., Frisoni GB., Trabucchi M., 2002, *Depression and major outcomes in older patients with heart failure*, Arch. Intern. Med., 162, 362 – 363.

- Sacks FM., Pfeffer MA., Moye LA. i wsp., 1996, *The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels*, N. Engl. J. Med., 336, 1001 – 1009.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 1994, *Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease. The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)*, Lancet, 344, 1386 – 1389.
- Sezai Y., Orime Y., Tsukamoto S., 2002, *Coronary surgery results 2000*, Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg., 8, 241 – 247.
- Shepherd J., Blauw GJ., Murphy MB. i wsp., 2002, *Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial*, Lancet, 360, 1623 – 1630.
- Smith KM., Lamy A., Arthur HM. i wsp., 2001, *Outcomes and costs of coronary artery bypass grafting: comparison between octogenarians and septuagenarians at a tertiary care centre*, CMAJ, 165, 759 – 764.
- Soumerai SB., McLaughlin TJ., Spiegelman D. i wsp., 1997, *Adverse outcomes of underuse of beta-blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction*, JAMA, 277, 115 – 21.
- Staessen JA., Fagard R., Thijs L. i wsp., 1997, *For the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension*, Lancet, 350, 757 – 764.
- Standl E., Schnell O., 2000, *A new look at the heart in diabetes mellitus: from ailing to failing*, Diabetologia, 43, 1455 – 1469.
- Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, 2003, *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym*, Nadc. Tętn., 7A, A3 – A21.
- Stone GW., Grines CL., Browne KF. i wsp., 1995, *Predictors of in-hospital and 6-month outcome after acute myocardial infarction in the reperfusion era: PAMI trial*, J. Am. Coll. Cardiol., 25, 370 – 377.
- Stratton L.M., Adler A.I., Neil H.A. i wsp., 2000, *Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complication of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study*, BMJ, 321, 405 – 412.
- Systolic Hypertension in the Elderly Group (SHEP), 1991, *Prevention of stroke by anti-hypertensive drug treatment in the older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)*, JAMA, 265, 3255 – 3264.
- Teerlink JR i wsp., 1991, *An overview of contemporary etiologies of congestive heart failure*, Am. Heart J., 121, 1852 – 1853.
- The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial, 1999, Lancet, 353, (9146), 9 – 13.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993, *The efficacy of intensive treatment of diabetes on development of complications of diabetes mellitus*, N. Engl. J. Med., 32, 977 – 986.
- The Digitalis Investigation Group, 1997, *The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure*, N. Engl. J. Med., 336, 525 – 533.
- The European trial On reduction of cardiac events with Perindopril in patients with stable coronary Artery disease Investigators, 2003, *Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial (the EUROPA study)*, Lancet, 362, 782 – 788.
- The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, 2000, *Effects of An Angiotensin-Converting – Enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk-Patients*, N Engl J Med, 342, 145 – 53.

- The treatment of heart failure. The Task Force of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology*, 1997, Eur Heart J, 18, 736-753.
- Thiemann DR., Coresh J., Schulman SP. i wsp., 2000, *Lack of Benefit for Intravenous Thrombolysis in Patients With Myocardial Infarction Who Are Older Than 75 Years*, Circulation, 101, 2239 – 2246.
- UK Prospective Diabetes Study Group (UKPDS), 2000, *Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)*, Lancet 1998, 352, 837 – 853.
- Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp., 2003, *Ocena wybranych problemów dotyczących rozpoznania i terapii nadciśnienia tętniczego w Polsce na podstawie badania NATPOL III PLUS* [w:] Więcek A., Kokot F. (red.): *Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym*. Tom II. Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Zuccala G., Onder G., Pedone C. i wsp., 2001, *Cognitive dysfunction as a major determinant of disability in patients with heart failure: result from a multicenter survey*, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 70, 109 – 112.

TERESA RADZIK, BARBARA PRAŻMOWSKA

ZASTOSOWANIE SKAL DO OCENY SPRAWNOŚCI PSYCHORUCHOWEJ W PLANOWANIU OPIEKI NAD PACJENTEM W PODESZŁYM WIEKU

W celu zapewnienia osobie w wieku starszym profesjonalnej opieki pielęgniarzkiej, lekarskiej i socjalnej konieczne jest dobre rozpoznanie jej stanu bio-psycho-społecznego, ocena stopnia sprawności ruchowej, psychicznej oraz samoobsługowej. Ocena ta pozwoli na zaplanowanie działań pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które przyczynią się do poprawy sprawności oraz zaktywizowania osoby starszej w środowisku szpitalnym, domowym czy podczas pobytu w domu pomocy społecznej. Pozwoli również na określenie zakresu koniecznej pomocy, jaka powinna być świadczona seniorowi. Aby ocena stanu była trafna i obiektywna, konieczne jest zastosowanie odpowiedniego narzędzia. W piśmiennictwie podanych jest wiele skal, pomocnych zarówno w ocenie sprawności ruchowej, jak i psychicznej, umysłowej, a także sprawności samoobsługowej. W niniejszym opracowaniu postaramy się pokrótce zapoznać Państwa z wybranymi skalami, które być może okażą się przydatne i ułatwią Państwu planowanie opieki nad osobami w podeszłym wieku.

W geriatrici szczególnie podkreśla się znaczenie całościowej oceny stanu osoby starszej. Badanie podmiotowe i przedmiotowe nie zawsze dostarcza pełnej oceny stanu zdrowia i stopnia niewydolności pacjenta w podeszłym wieku. Do ustalenia zdolności osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania oraz do określenia zakresu ingerencji leczniczej i koniecznej opieki służy Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Jest to wielokierunkowy, zintegrowany proces diagnostyczny, którego celem jest ustalenie zakresu zaburzenia dobrostanu biologicznego, psychicznego i społecznego oraz ustalenie priorytetów leczniczo-pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych, a także potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia/rehabilitacji/opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny). Najkorzystniejsze jest przeprowadzenie COG przez zespół złożony z grupy specjalistów z różnych dziedzin, a więc lekarza, pielęgniarki, psychologa, rehabilitanta i pracownika socjalnego. Bardzo ważną rolę odgrywa również współpraca z rodziną chorego. COG obejmuje cztery główne dziedziny: ocenę stanu czynnościowego, ocenę stanu zdrowia fizycznego, ocenę funkcji

umysłowych oraz ocenę socjalno-środowiskową [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 44].

I. Ocena czynnościowa ma na celu określenie stopnia zdolności osoby starszej do samoopieki, samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym w zakresie czynności podstawowych i złożonych. Aby dokonać tej oceny, możemy posłużyć się skalą oceny podstawowych czynności życiowych – skala Katza (ADL – activities of daily living). Ocenia ona takie parametry, jak zdolność utrzymywania higieny, umiejętność samodzielnego ubierania się i rozbierania, mobilność chorego (w najbardziej podstawowym zakresie, tj. czy jest w stanie wstać z łóżka i przesiąść się na fotel) oraz kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (oddawanie moczu i stolca).

Skala oceny podstawowych czynności w życiu codziennym
(skala Katza)

	Samodzielny	
	Tak	Nie
1. Kąpanie się	1	0
2. Ubieranie i rozbieranie się	1	0
3. Korzystanie z toalety	1	0
4. Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się	1	0
5. Samodzielne jedzenie	1	0
6. Kontrolowanie wydalania moczu i stolca	1	0
Wynik końcowy	6	

Punktacja: 5–6 osoby sprawne
3–4 osoby umiarkowanie niesprawne
≤ 2 osoby znacznie niesprawne

Uzyskanie niskiej punktacji w tej skali świadczy o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania, a w konsekwencji o potrzebie świadczenia stałej opieki przez osoby drugie [Kocemba, Grodzicki 2000, s.144].

W innej, zmodyfikowanej formie skalę tę przedstawia tabela na s. 49.

Do oceny złożonych czynności życia codziennego służy skala Lawtona (IADL – instrumental activities of daily living). Ocenia ona zdolność seniora do podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu. W tej ocenie bierze się pod uwagę takie parametry, jak: zdolność korzystania z telefonu, zdolność docierania do miejsc bardziej oddalonych niż zwykły dystans spacerowy, umiejętność kupienia i przyrządzenia sobie posiłku, zdolność do wykonania podstawowych prac domowych (sprząatanie, drobne naprawy, np. wymiana żarówki, pranie), samodzielne przyjmowanie leków oraz gospodarowanie pieniędzmi (tab. 2).

Tabela 1. Ocena sprawności dziennej wg Katza

Czynność	1 pkt	2 pkt	3 pkt
Kąpiel	Nie wymaga żadnej asysty	Wymaga pomocy w myciu jednej części ciała	Wymaga pomocy w myciu więcej niż jednej części ciała
Ubieranie się	Wyjmowanie z szafy garderoby i zakładanie jej bez żadnej asysty	Nie wymaga żadnej asysty, z wyjątkiem wiązania butów	Wymaga asysty w więcej niż jednej czynności lub asysty całkowitej
Higiena osobista	Samodzielne chodzenie do toalety, mycie rąk i pranie odzieży	Wymaga pomocy w jednej z wymienionych czynności	Wymaga całkowitej pomocy
Przemieszczanie się	Kładzenie się i podnoszenie się z łóżka i z krzesła bez częściowej pomocy lub asysty	Wymaga pomocy w kładzeniu się i podnoszeniu się z łóżka lub krzesła	Nie wstaje samodzielnie z łóżka lub krzesła
Czynności fizjologiczne	Kontroluje samodzielne wydalanie moczu i defekację	Czasami nie kontroluje	Wymaga kontroli osoby trzeciej lub używa cewnika
Odżywianie się	Odżywianie się samodzielnie bez asysty	Odżywia się samodzielnie, ale wymaga pomocy w krojeniu mięsa lub smarowaniu chleba	Wymaga asysty lub żywienia całkowitego

Wynik: suma punktów we wszystkich kryteriach.

Klucz:

6–10 punktów – pacjent niezależny

11–14 punktów – pacjent wymaga asysty lub częściowej pomocy

15–18 punktów – pacjent wymaga pomocy – zależny

W tym przypadku uzyskanie wysokiej punktacji świadczy o zależności podopiecznego od pomocy opiekuna.

Tabela 2. Skala oceny złożonych czynności codziennych wg Lawtona (IADL)

1. Czy potrafi korzystać z telefonu?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
2. Czy jest w stanie dotrzeć do miejsca poza odległością spaceru?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
3. Czy jest w stanie wychodzić na zakupy po artykuły spożywcze?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
4. Czy jest w stanie samodzielnie przygotować posiłki?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
5. Czy może samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
6. Czy jest w stanie wykonywać drobne naprawy domowe?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
7. Czy może samodzielnie wyprać swoje rzeczy?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
8. Czy samodzielnie może przyjmować leki?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1
9. Czy może samodzielnie gospodarować pieniędzmi?	Bez pomocy	3
	Z niewielką pomocą	2
	Nie jest w stanie	1

Wynik dokonanej oceny sprawności osoby starszej przy pomocy tej skali pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy/opieki (np. konieczność zrobienia zakupów 2 razy w tygodniu, zakupy + sprząatanie, samodzielny pobyt w domu opieki) [Kocemba, Grodzicki 2000, s.151].

Inną propozycję oceny sprawności samoobsługowej i zapotrzebowania na opiekę stanowi skala oceny sprawności samoobsługowej wg Barthela. Poniżej przedstawiono skalę w wersji oryginalnej i zmodyfikowanej. Skala ta jest obecnie wykorzystywana między innymi w domach pomocy społecznej jako wymóg przy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ.

Tabela 3. Wskaźnik Barthela (ocena sprawności samoobsługowej)

Czynność wykonywana	Wykonanie z pomocą	Wykonanie samodzielne
Spożywanie posiłków (z pomocą, gdy nie może posługiwać się nożem)	5	10
Przechodzenie z wózka na łóżko i z powrotem (siadanie)	5 – 10	15
Osobista higiena (mycie, czesanie się, golenie)	0	5
Korzystanie z toalety (zapinanie i rozpinanie bielizny, ubrania)	5	10
Kąpiel	0	5
Poruszanie się po płaskim terenie (gdy nie chodzi, lecz korzysta z wózka)	10 (0)	15 (5)
Wchodzenie i schodzenie po schodach	5	10
Ubieranie się łącznie za sznurowaniem obuwia	5	10
Kontrola stolca	5	10
Kontrola pęcherza	5	10

[Milanowska K. (red.), 1997, *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa]

Tabela 4. Ocena sprawności samoobsługowej pacjenta wg skali Barthela

Imię i nazwisko pacjenta
 Data badania

L.p.	Czynność	Chory wymaga pomocy		
		Tak	Częściowo	Nie
1.	Spożywanie posiłków	0	5	10
2.	Przechodzenie z łóżka na wózek	0	5	10
3.	Utrzymanie higieny osobistej	0	5	10
4.	Korzystanie z WC	0	5	10
5.	Mycie, kąpiel całego ciała	0	5	10
6.	Przejsie powyżej 50 m (ew. przy pomocy sprzętu ortopedycznego)	0	5	10
7.	Jazda na wózku inwalidzkim	0	5	10
8.	Ubieranie i rozbieranie się	0	5	10
9.	Kontrola zwieraczy odbytu	0	5	10
10.	Kontrola zwieracza pęcherza moczowego	0	5	10

I grupa 85–100 pkt – pacjent samodzielny, niezależny

II grupa 40–85 pkt – pacjent wymaga częściowej pomocy, asysty

III grupa 0–40 pkt – pacjent wymaga pomocy, zależny

Uzyskany wynik wskazuje na zakres wymaganej pomocy, a analiza punktacji w poszczególnych kryteriach pozwala na określenie, w jakich czynnościach pomoc ta jest konieczna.

Oto jeszcze jeden przykład skali pozwalającej ocenić sprawność samoobsługową pacjenta, skala ADL (Activity of Daily Living). Klasyczna skala obejmuje nie tylko niepełnosprawność, ale przede wszystkim zależność w zakresie czterech czynności instrumentalnych:

1. generalne sprzątanie,
2. robienie zakupów,
3. korzystanie ze środków transportu,
4. gotowanie,

oraz sześciu czynności osobistych:

1. kąpanie się,
2. ubieranie i rozbieranie,
3. korzystanie z toalety,
4. korzystanie z łóżka i przemieszczanie się na krzesło, fotel,
5. samodzielne jedzenie,
6. trzymanie moczu i/lub stolca.

Skala ta jest uporządkowana hierarchicznie, co oznacza, że w większości przypadków (z wyjątkiem trzymania moczu) niesprawność w zakresie jednej czynności powoduje niesprawność w czynnościach wyżej usytuowanych pod względem trudności.

Sprawność ADL (wg propozycji Barbary Bień):

Pacjent nie jest w stanie wykonać czynności lub wykonuje ją przy pomocy innych osób.

1. I – ADL sprzątanie, ciężka praca domowa, jak: mycie okien i podłóg, generalne sprzątanie,
2. I – ADL zakupy, noszenie ciężkich przedmiotów, takich jak zakupy o wadze 5 kg na dystans 100m,
3. I – ADL posiłki, przyrządzanie sobie posiłków,
4. P – ADL kąpiel, mycie się, kąpanie się,
5. P – ADL ubieranie, ubieranie się i rozbieranie,
6. P – ADL WC, korzystanie z ubikacji,
7. P – ADL wstawanie, kładzenie się i stawanie,
8. P – ADL jedzenie, samodzielne jedzenie.

Tabela 5. Skala kumulacyjna ADL

Poziom uzależnienia w skali 8-punktowej	Kryterium
0	Niezależny we wszystkich czynnościach
1	Zależny w jednej czynności ADL
2	Zależny w sprzątaniu i jeszcze jednej czynności
3	Zależny w zakupach, sprzątaniu i jeszcze jednej czynności
4	Zależny we wszystkich I – ADL i jeszcze jednej czynności P – ADL
5	Zależny w I – ADL, kąpaniu się i jeszcze jednej czynności
6	Zależny w I – ADL, kąpaniu się, ubieraniu i jeszcze jednej czynności
7	Zależny w I – ADL, kąpaniu się, ubieraniu, korzystaniu z WC i jeszcze jednej czynności
8	Zależny we wszystkich 8 czynnościach I – ADL

Skala nosi nazwę skali kumulacyjnej i pozwala każdej badanej osobie przypisać liczbę punktów odpowiadającą liczbie czynności, w której osoba jest zależna od pomocy innych osób. Pielęgniarka może to bardzo ułatwić pracę z osobą starszą i niepełnosprawną.

II. Ocena zdrowia fizycznego pozwala ocenić wydolność organizmu lub poszczególnych układów w sytuacji wystąpienia choroby przewlekłej. Narzędziami używanymi w ocenie stanu fizycznego są skale pozwalające w obiektywny sposób ocenić stan chorego. Oprócz skal powszechnie stosowanych w medycynie (np. skala niewydolności krążenia wg NYHA, kanadyjska skala oceny choroby wieńcowej, skala oceny zaawansowania RZS czy skala nasilenia choroby Parkinsona) stosuje się tu instrumenty oceniające parametry ściśle geriatryczne [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 45].

Aby ocenić ryzyko upadków, możemy zastosować skalę Tinetti. Skala ta testuje zbiorczo funkcje układu nerwowego i kostno-stawowego. Oceniamy zdolność chorego do przyjęcia pozycji stojącej, nieruchomego stania, zdolność przejścia krótkiego dystansu, wykonania obrotu o 180 stopni oraz przyjęcia pozycji siedzącej. Niska ocena w tej skali wskazywać będzie na potrzebę wyposażenia badanej osoby w pomoce typu oświetlenie podłogi w nocy, poręcz przy łóżku i w łazience, chodzik [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 45].

Tabela 6. Ocena ryzyka upadków (skrótowy test Tinetti)

Wykonywana czynność	Bez pomocy	Samodzielnie, ale z pomocą urządzeń	Z pomocą osoby drugiej
Zmiana z pozycji siedzącej na stojącą	2	1	0
Unieruchomienie w pozycji stojącej przez 5 sekund	2	1	0
Przejsięcie 3 metrów	2	1	0
Obrót o 180 stopni	2	1	0
Przyjęcie pozycji siedzącej	2	1	0

Ryzyko upadków:

2 – ryzyko minimalne,

1 – jeśli wymaga pomocy urządzeń technicznych – ryzyko średnie,

0 – jeśli wymaga pomocy osób innych – ryzyko duże.

Uzyskanie co najmniej jednego lub dwóch „1” – konieczność konsultacji z fizjoterapeutą [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 146].

Pielęgniarka opiekująca się osobą starszą, u której występuje zwiększone ryzyko upadków, powinna w planowaniu opieki uwzględnić odpowiednie postępowanie mające na celu zminimalizowanie tego ryzyka. Planując opiekę, powinna zwrócić uwagę między innymi na dobre oświetlenie, zwłaszcza w nocy, kiedy podopieczny wychodzi do WC, stosowanie przez niego obuwia utrzymującego stopę, likwidację przesuwających się chodników czy zachęcanie go do korzystania przy poruszaniu się z pomocy laski lub kuli.

W ocenie ryzyka powstawania odleżyn możemy posłużyć się wieloma skalami, np.: skalą Norton, skalą Waterlow, punktową oceną ryzyka odleżyn Douglas czy skalą wg Dutch Consensus Prevention of Bedsores CBO. W ocenie uwzględnia się między innymi takie parametry, jak: stan odżywienia, stan świadomości, stan neurologiczny, czynność zwieraczy, zdolność poruszania się, stan skóry i inne. Skale te mogą podlegać modyfikacji w zależności od oddziału, sytuacji i stanu chorego. Wynik przeprowadzonej oceny pozwala na ukierunkowanie działań prewencyjnych na szczególnie wymagające tego elementy. W planowaniu działań pielęgnacyjnych uwzględnić należy stosowanie materacy przeciwoleżynowych, zmianę pozycji zarówno u chorego leżącego, jak i pozostającego przez dłuższy czas w pozycji siedzącej (np. na wózku inwalidzkim), stosowanie diety bogatobiałkowej itp.

Poniżej przedstawiono przykłady skal oceny ryzyka rozwoju odleżyn.

Tabela 7. Skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn Norton

Punktacja				
	4	3	2	1
Stan ogólny	Dobry	Dość dobry	Średni	Ciężki
Stan świadomości	Bardzo dobry	Apatia	Zaburzony	Nieprzytomny
Zdolność poruszania się	Samodzielny	Z pomocą	Bardzo ograniczona	Unieruchomiony
Czynność zwieraczy	Pełna	Sporadycznie zaburzona	Zwykle zaburzona	Całkowicie zaburzona
Samodzielność przy zmianie ułożenia	Pełna	Ograniczona nieznacznie	Bardzo ograniczona	Całkowicie ograniczona

Uzyskany wynik:

> 14 punktów – bez ryzyka,

< 14 punktów – zwiększone ryzyko [Kocemba, Grodzicki 2000, s.145].

Tabela 8. Skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn Douglas

Czynnik ryzyka		4	3	2	1	0
1	Stan odżywienia (Hb)	Dieta pełnowartościowa	Dieta niewłaściwa	Tylko płyny	Żywnienie pozajelitowe lub Hb<10 g%	
2	Aktywność	Chodzi samodzielnie	Chodzi z trudnością	Porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Stale pozostaje w łóżku	
3	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Nie trzyma moczu	Całkowite nietrzymanie moczu i stolca	
4	Ból	Bez bólu	Ślad bólu	Okresowo	Związany z ruchem	Stały ból lub dyskomfort
5	Stan skóry	Bez zmian	Skóra sucha, cienka, zaczerwieniona	Uszkodzenia powierzchowne	Uszkodzenia tkanki głębokiej lub jamy	
6	Stan świadomości	Pełna świadomość	Apatia	Stupor	Brak współpracy	Śpiączka

Ryzyko wystąpienie odleżyn stwierdza się u pacjentów z wynikiem wynoszącym 18 punktów lub niższym.

W ocenie stanu odżywienia osoby starszej pomocna jest skala Mini Nutritional Assessment (MNA). Składają się na nią takie elementy, jak ocena antropometryczna (np. BMI), ocena ogólna (m. in. ocena socjalna), ocena diety (co i jak często chory je) oraz samoocena chorego [Kocemba, Grodzicki 2000, s.147].

Skala Mini Nutritional Assessment (MNA) (wg Guigoz Y., Vellas B. i wsp.)

- I. Dane antropometryczne
1. BMI (waga/wzrost w m²), [kg/m²] punkty
0 = BMI < 19; 1 = 19 < BMI < 21; 2 = 21 < BMI < 23; 3 = BMI > 23
 2. Obwód ramienia w połowie jego długości (MAC [cm]) punkty
0 = MAC < 21; 0,5 = 21 < MAC < 22; 1 = MAC > 22
 3. Obwód łydki (CC [cm]) punkty
0 = CC < 31; 1 = CC > 31
 4. Utrata wagi w ciągu ostatnich trzech miesięcy punkty
0 = utrata > 3 kg
1 = nie wiadomo
2 = utrata między 1 a 3 kg
3 = bez utraty
- II. Ocena ogólna
5. Czy pacjent mieszka w domu rodzinnym punkty
0 = nie; 1 = tak
 6. Czy pacjent zażywa więcej niż 3 leki dziennie punkty
0 = tak; 1 = nie
 7. Czy pacjent w ciągu ostatnich 3 miesięcy przeszedł stres psychiczny lub ciężką chorobę? punkty
0 = tak; 2 = nie
 8. Stopień aktywności ruchowej punkty
0 = unieruchomienie w łóżku
1 = umiejętność opuszczania łóżka lub fotela bez opuszczania mieszkania
2 = pełna sprawność
 9. Zaburzenia neuropsychiczne punkty
0 = ciężka demencja lub depresja
1 = łagodna demencja
2 = bez zaburzeń psychicznych
 10. Obecność otarć naskórka lub owrzodzenia punkty
0 = tak; 1 = nie
- III. Ocena diety
11. Ile pełnych posiłków pacjent spożywa codziennie? punkty
0 = 1 posiłek; 1 = 2 posiłki; 2 = 3 posiłki
 12. Czy pacjent spożywa: punkty
♦przynajmniej jeden produkt mleczny (mleko, ser, jogurt) dziennie tak – nie
♦posiłki oparte na roślinach strączkowych lub jajach dwa lub więcej razy w tygodniu tak – nie
♦codziennie mięso, ryby lub drób tak – nie
0 = jeżeli 0 – 1 raz tak; 0,5 = jeżeli 2 razy tak; 1 = jeżeli 3 razy tak
 13. Czy w tygodniu pacjent spożywa 2 lub więcej razy posiłki zawierające owoce lub warzywa? punkty
0 = nie; 1 = tak
 14. Czy ograniczenie spożywania posiłków w ostatnich 3 miesiącach wiązało się z utratą apetytu, albo z zaburzeniami połykania, żucia czy trawienia? punkty
0 = ciężka utrata apetytu

- 1 = umiarkowana utrata apetytu
2 = bez utraty apetytu
15. Ile filiżanek /szklanek napojów pacjent wypija dziennie punkty.....
(woda, sok, herbata, kawa, mleko, wino, piwo)
0 = mniej niż 3 szklanki
0,5 = 3 – 5 szklanek
1 = więcej niż 5 szklanek
16. Ocena sposobu spożywania posiłków punkty.....
0 = wymaga karmienia
1 = zjada samodzielnie ale z trudnością
2 = pełna samoobsługa

IV. Subiektywna samoocena chorego

17. Czy pacjent ocenia, że ma jakiekolwiek zaburzenia stanu odżywienia? punkty.....
0 = duże niedożywienie
1 = nie potrafi ocenić lub stwierdza umiarkowane niedożywienie
2 = nie stwierdza zaburzeń stanu odżywienia
18. Jak pacjent ocenia swój stan zdrowia w porównaniu z innymi ludźmi w tym samym wieku? punkty.....
0 = nie tak dobry
0,5 = nie wie
1 = tak samo dobry
2 = lepszy

Punktacja końcowa:/

30

Interpretacja:

- >24 – stan odżywienia dobry
17–23,5 – ryzyko niedożywienia
<17 – niedożywienie.

Przeprowadzona ocena stanu odżywienia pozwala na ewentualne zmodyfikowanie diety osoby starszej lub planowanie działań z zakresu profilaktyki przeciwoleźnowej.

III. Ocena stanu umysłowego. W celu oceny funkcji umysłowych stosuje się test MMSE (Mini-Mental State Examination) Folsteinów lub w wersji skróconej skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona. Przy pomocy tej skali można ocenić zarówno możliwości zapamiętywania nowych informacji, jak i odtwarzania z pamięci zdarzeń odległych oraz orientację pacjenta [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 46, 143).

Skrócony test sprawności umysłowej
(Abbreviated Mental Test Score – AMTS)

1. Ile ma Pan/Pani lat?
2. Która jest godzina? Proszę podać z dokładnością do 1 godz.
3. Adres, który Panu/Pani podam, proszę powtórzyć za mną
i postarać się go za pamiętać: ul. Gruszkowa 42
4. Który mamy rok?
5. Jaki jest Pana/Pani adres?
6. Kiedy się Pan/Pani urodził/ła?

7. W którym roku rozpoczęła się II Wojna Światowa?
8. Jak nazywa się prezydent?
9. Proszę policzyć wspak (od tyłu) od 20 do 1.
- ad. 3. Proszę powtórzyć adres, który Panu/Pani podałam wcześniej
- Za każdą prawidłową odpowiedź badany otrzymuje 1 punkt.
- Wynik końcowy/10
- Liczba punktów:
- > 6 stan prawidłowy
 - 4 – 6 upośledzenie umiarkowane
 - 0 – 3 upośledzenie ciężkie.

Zaburzenia nastroju ocenić można przy pomocy Geriatrycznej Skali Oceny Depresji wg Yesavage i wsp. Szczególną uwagę należy zwrócić na możliwości maskowania demencji przez obniżony nastrój [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 46, 142].

Tabela 9. Geriatryczna Skala Oceny Depresji

	Tak	Nie
Czy ogólnie jest Pan/Pani zadowolony/a z życia?	0	1
Czy zaniedbał Pan/Pani swoje zainteresowania i/lub zajęcia?	1	0
Czy ma Pan/Pani poczucie pustki w życiu?	1	0
Czy często czuje się Pan/Pani znudzony/a?	1	0
Czy zwykle jest Pan/Pani pogodny/a?	0	1
Czy obawia się Pan/Pani, że stanie się z Panem/Panią coś złego?	1	0
Czy przez większą część czasu czuje się Pan/Pani szczęśliwy/a?	0	1
Czy często czuje się Pan/Pani bezradny/a?	1	0
Czy woli Pan/Pani zostać w domu niż wyjść i spotkać się z ludźmi?	1	0
Czy uważa Pan/Pani, że ma więcej problemów z pamięcią niż inni?	1	0
Czy uważa Pan/Pani, że to wspaniale żyć współcześnie?	0	1
Czy czuje się Pan/Pani gorszy od innych ludzi?	1	0
Czy czuje się Pan/Pani pełny energii?	0	1
Czy ma Pan/Pani poczucie, że sytuacja jest beznadziejna?	1	0
Czy myśli Pan/Pani, że większości ludzi wiedzie się lepiej niż Panu/Pani?		
Wynik końcowy	15	

Punktacja:

- 0–5 – stan prawidłowy
- 6–10 – depresja umiarkowana
- 11–15 – depresja ciężka.

IV. Ocena socjalna. Celem oceny socjalno-środowiskowej, prowadzonej z udziałem pracownika socjalnego, pielęgniarki środowiskowej, a w szczególności z udziałem rodziny, jest określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej, jak i długoterminowej. Na podstawie przeprowadzonej oceny można zakwalifikować pacjenta do opieki domowej, opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych bądź do zamieszkania w domu pomocy społecznej [Kocemba, Grodzicki 2000, s. 46].

Podsumowując – można stwierdzić, że zastosowanie w ocenie stanu pacjenta wybranych skal ułatwi zaplanowanie indywidualnej opieki, adekwatnej do zapotrzebowania, oraz pozwoli na uwzględnienie możliwości pacjenta w podeszłym wieku w zakresie samoopieki. Dzięki wykorzystywaniu skal jakość opieki pielęgniarskiej może osiągnąć wyższy poziom.

PIŚMIENNICTWO

- Kawczyńska-Butrym Z., 2001, *Rodzina – zdrowie – choroba*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Kocemba J., Grodzicki T. (red.), 2000, *Zarys gerontologii klinicznej*. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, Kraków.
- Kuch J. (red), 1989, *Rehabilitacja*, PZWL, Warszawa.
- Milanowska K. (red.), 1997, *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, Warszawa.
- Schiefele J., Standt J., Wach M, 1998, *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Urban&Partner, Wrocław.
- Tarkowski Z., Jurkiewicz C., 1997, *Skala aktywności i strategię aktywizacji mieszkańca DPS*, Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

JADWIGA PYSZKOWSKA

OPIEKA PALLIATYWNA NAD CHORYM W WIEKU PODESZŁYM

We współczesnym świecie panuje kult młodości i sprawności psychofizycznej. Dlatego często głównym celem medycyny jest leczenie chorób tak, jakby starość i śmierć nie istniały. Tymczasem w Polsce umiera rocznie około 80 tysięcy chorych z powodu nowotworów złośliwych i ponad 100 tysięcy chorych na przewlekłe, wyniszczające choroby, które w swojej zaawansowanej fazie charakteryzują się okresem terminalnym. Chory z zaawansowaną chorobą nowotworową staje przed szczególnym czasem, który określa się okresem terminalnym. Mimo zastosowanego leczenia przyczynowego (operacyjne, chemioterapia, radioterapia i in.) choroba u niego postępuje i wymaga rozszerzenia opieki nad nim ze specjalistycznym postępowaniem medycznym i niemedycznym.

Pacjenci muszą znosić stopniowo narastające brzemie choroby, dolegliwości terapii, by w końcu stanąć w obliczu śmierci. Okres terminalny to czas, kiedy u chorego występuje stan znacznego zaawansowania choroby nowotworowej, pojawiają się przerzuty do wielu miejsc i nie można już wdrażać leczenia przeciwnowotworowego (przyczynowego). Jest to czas bardzo trudny, w którym chory przeżywa nieuchronność zbliżającej się śmierci. Leczenie przyczynowe nie dość, że jest nieskuteczne, to niesie dodatkowe objawy uboczne, obciążające i tak już dramatyczne cierpienie chorego. W tym okresie nadchodzi czas jego umierania i agonii. Można oczekiwać śmierci w czasie od kilku dni do kilkunastu miesięcy, jednak przed upływem roku. Okres terminalny występuje również w zaawansowanej fazie AIDS, postępujących, degeneracyjnych chorobach mięśniowo-nerwowych, gośdca, choroby niedokrwiennej kończyn, przewlekłego zapalenia trzustki, stanu po udarze mózgu, nie poddającej się leczeniu niewydolności krążenia, oddychania i nerek, choroby Alzheimera i trudnych do wyleczenia odleżyn. Chory w tym okresie wie, że umiera, i chce, aby ktoś był z nim, umiał usunąć ból i nie opuścił go aż do śmierci. Ma on prawo do leczenia objawowego, do opieki i obecności bliskich mu osób, ale również, o czym często się zapomina, ma on prawo do twórczego działania, na jakie pozwala mu aktualna kondycja fizyczna, psychiczna i duchowa. Ma pra-

wo być obecny w rodzinie, czyli w domu i wśród osób mu życzliwych. Mimo że będzie coraz słabszy, do niego należą jego osobiste wybory i decyzje o jakości spotkań z nim i realizacji jego życzeń. Chory w okresie umierania ma prawo do wolności, która pozwala mu mieć poczucie odpowiedzialności do końca życia i umierać godnie, z szacunkiem do własnego człowieczeństwa. Chory w okresie terminalnym wymaga więcej opieki i czasu mu ofiarowanego niż chory, który powróci do zdrowia mimo ciężkiej choroby. Medycyna nie może mu przywrócić zdrowia, a przedłużanie życia przestaje być celem najważniejszym. Staje się nim przede wszystkim łagodzenie cierpienia, jakie niesie ten okres.

Opieka paliatywna i hospicyjna jest aktywną i całościową opieką nad chorymi w okresie terminalnym przewlekłej choroby wyniszczającej, która skupia się przede wszystkim na pacjencie, mniej na chorobie. Jej celem jest akceptacja nieuchronności śmierci przy równoczesnej celebracji życia, niezależnie od wieku. Idea opieki paliatywnej obejmuje także wsparcie rodzin pacjentów, zarówno w czasie choroby, jak osierocenia i przeżywania żałoby.

Opieka ta jest sprawowana przez wielospecjalistyczny zespół medyczny oraz opiekunów-wolontariuszy niemedycznych. Właściwym celem opieki paliatywnej i hospicyjnej jest utrzymanie najwyższej jakości życia chorego i jego rodziny. Opieka paliatywna i hospicyjna, korzystając z wiedzy interdyscyplinarnej i zasad holistycznego podejścia do chorych, stara się zaspokoić ich potrzeby fizyczne, psychologiczne, socjalne i duchowe. Potrzeby chorego w wieku podeszłym są tak samo ważne, jak potrzeby chorego w wieku mniej zaawansowanym. Naczelnymi zasadami opieki paliatywnej są: szacunek dla autonomii pacjenta, indywidualizacja potrzeb, czynienie dobra, a przede wszystkim zmniejszanie cierpienia.

Ani chory, ani jego rodzina nie powinni być opuszczeni przez służby medyczne i niemedyczne oraz rodzinę, przyjaciół, sąsiadów i znajomych. Jeśli tak się stanie, to przeżywają wówczas odrzucenie, bolesne osamotnienie, bezsilność i bezradność wobec zaistniałej sytuacji. Obecność i trwanie przy nich powinno odbywać się w domu lub na oddziale opieki paliatywnej czy hospicyjnej. Uśmierzanie bólu, leki przeciwdepresyjne, leczenie objawowe, autentyczna i serdeczna obecność, wsparcie psychologiczne i duchowe, pomoc socjalna – to program niesienia nadziei ludziom umierającym. Chorzy w wieku podeszłym nie oczekują wyzdrowienia, ale naszej serdecznej, rodzinnej i kompetentnej obecności przy nich aż do naturalnej śmierci.

Problem śmierci staje przed starymi ludźmi znacznie częściej niż przed innymi osobami. Mogą oni przyjmować wobec tego problemu różne postawy. Jedni będą przygotowani na śmierć, akceptują ją jako nieuchronność i żyją dość pogodnie. Inną postawę przyjmują ci, którzy nie chcą dostrzec problemu śmierci, odsuwają ją w daleką perspektywę, jakby ich nie dotyczyła. Najgorzej reagują te osoby, które na myśl o śmierci reagują lę-

kiem, a nawet zaburzeniami równowagi psychicznej. Aby możliwie jak najlepiej realizować opiekę nad chorym w wieku podeszłym, należy na wstępie rozpoznać, jaką postawę przyjmuje on wobec śmierci. Mimo wieku i często istotnych obciążeń stanu fizycznego, należy zapewnić mu złagodzenie bólu nowotworowego i w wysokim procencie jest to możliwe. Leki przeciwbólowe, nawet bardzo silne, takie jak morfina, chory powinien otrzymywać tylko doustnie lub tylko wyjątkowo podskórnie, a dawki leku podaje się często, regularnie co 4–6 godzin, nawet jak przestaje boleć, z dostosowaniem do wieku i reakcji chorego. Lekarz zaleca jeszcze inne leki, które tworzą program leczenia objawowego. Należy wszystkie objawy zaawansowanej choroby złagodzić. Wówczas chory ma zapewnioną dobrą jakość życia, a obraz umierania nie przeraża jego bliskich.

Taką właśnie opiekę mogą zapewnić specjalistyczne zespoły domowej opieki paliatywnej/hospicyjnej. Dyspozycyjność i świadczenia zdrowotne zespołów domowej opieki paliatywnej/hospicyjnej, poradni opieki paliatywnej, ośrodki dziennej opieki paliatywnej wspierają podstawową opiekę lekarza domowego, który jako pierwszy, w okresie terminalnym swego podopiecznego, powinien włączyć objawowe leczenie, w tym przeciwbólowe, według zasad WHO („Trójstopniowa Drabina Analgetyczna”).

Wielorodzajowość cierpienia totalnego oraz mnogość objawów (uporczywe zaparcia, duszność, czkawka, znaczne ogólne osłabienie, brak apetytu, depresja, lęk o przyszłość swoją i bliskich, osamotnienie, poczucie winy wywołane odchodzeniem od bliskich, bunt i strach przed śmiercią, lęk co będzie po śmierci itp.), występująca w aktywnym i postępującym procesie choroby u chorych w okresie terminalnym, jest szczególnym wyzwaniem dla opiekuńców medycznych i niemedycznych. Opieka ta podkreśla wartość życia, akceptuje umieranie jako naturalny proces, nie przyspiesza i nie opóźnia śmierci, uwalnia chorego od bólu i innych objawów, zapewnia wsparcie, które pozwala choremu na aktywne i twórcze życie aż do śmierci, troszczy się o jego rodzinę, zarówno w okresie choroby, jak i podczas żałoby. Te założenia nie mogą pominąć chorych w wieku podeszłym znajdujących się w okresie terminalnym oraz ich bliskich.

Utrzymanie dobrej jakości życia chorego, dzięki uśmierzeniu bólu oraz innych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych, a także wspomaganie rodziny chorego tak w czasie trwania choroby, jak i po jego śmierci, w okresie osierocenia, jest funkcją wielokierunkowych działań, które niosą nadzieję ludziom umierającym. Zaspokajają ich potrzebę serdecznej, rodzinnej i kompetentnej obecności przy nich, aż do naturalnej śmierci. Opieka paliatywna/hospicyjna wyraża szacunek wobec życia chorego, nie przyspiesza ani nie przedłuża umierania, jest przeciwna eutanazji i wspomaganemu samobójstwu, ale łagodzi ból, duszność i inne dokuczliwe objawy somatyczne. Dąży do zaspokajania potrzeb psychicznych, duchowych i socjalnych chorego i jego rodziny, tworząc system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie aż do

zgonu życia tak czynnego, jak jest to możliwe. Uznaje i szanuje system wartości chorego i rodziny, respektując jego autonomię, filozofię życiową, wyznawaną religię, uwzględniając jego stanowisko w podejmowaniu decyzji dotyczących sposobu sprawowania opieki i leczenia, pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka i wspiera w okresie osierocenia (żałoby).

Opieka paliatywna/hospicyjna winna być ciągła, dostępna przez 24 godziny i przez 7 dni w tygodniu. Powinna być całkowicie bezpłatna, zarówno dla chorego, jak i jego rodziny. Korzystanie z różnych form opieki paliatywnej (podobnie jak z poradni onkologicznej), nie wymaga skierowania lekarskiego, ale lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien informować chorego o możliwości korzystania z takiej opieki. W Polsce większość chorych zgłaszanych jest przez bezradne rodziny i opiekujące się osoby.

Opiekę paliatywną/hospicyjną sprawuje zespół wielodyscyplinarny, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog, rehabilitant, terapeuta zajęciowy, kapelan i wolontariusze – kwalifikowani opiekunowie niemedyczni, przy współudziale przeszkolonych członków rodziny, opiekunów. Trzon zespołu stanowią wykwalifikowani lekarze i wykwalifikowane pielęgniarki, a kieruje nimi lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz doświadczony w sprawowaniu opieki paliatywnej, posiadający należne przeszkolenie w tej dziedzinie.

Preferowanym miejscem sprawowania specjalistycznej opieki paliatywnej/hospicyjnej jest dom chorego lub poradnia opieki paliatywnej, następnie ośrodek dziennej opieki i oddział stacjonarny. W szpitalu przy pomocy kwalifikowanych pracowników medycznych szpitalnego zespołu wspierającego opiekę paliatywną można rozpocząć jej program, który następnie kontynuowany będzie w domu chorego lub na oddziale stacjonarnym opieki paliatywnej/hospicyjnej. Pensjonariusze w domach pomocy społecznej powinni być objęci opieką poradni opieki paliatywnej/hospicyjnej i zespołu opieki domowej. Wskazane jest, aby w każdym domu pomocy społecznej pracowała pielęgniarka przeszkolona praktycznie i teoretycznie w zakresie opieki paliatywnej.

Aby objąć opiekę paliatywną chorych w wieku podeszłym, należy uwzględnić specyfikę psychiki człowieka starego oraz wielorakie ograniczenia spowodowane procesami starzenia się. Osoby te potrzebują ciepłego, życzliwego kontaktu uczuciowego, który daje im poczucie bezpieczeństwa. Należy cierpliwie wysłuchiwać wspomnień, które rekompensują zaburzenia świeżej pamięci. Informacje należy kierować do jednej osoby i taktownie sprawdzać, czy została zrozumiana. Przekazujemy głośno i wyraźnie, unikając jednak przesady, która mogłaby sprawić choremu przykrość. Jeśli natomiast chcemy uzyskać informację od chorego w wieku podeszłym, ważne jest ułatwianie mu przypominania faktów i unikanie pośpiechu. Potrzeby umierających chorych w wieku podeszłym można wyrazić krótko – mało technologii, dużo serca.

Prawdą jest, że postawa wobec umierania i śmierci ujawnia stosunek zbiorowości do podmiotowości ludzkiej osoby, niezależnie od wieku. Podejście do problemów eschatologicznych chorych w wieku podeszłym w aspekcie ich potrzeb duchowych świadczy o poziomie cywilizacji społeczeństwa. W tym kontekście niezwykle istotne staje się przygotowanie opiekunów do holistycznego traktowania cierpiących. Równie ważne jest zapewnienie godnej śmierci tym, którym nie można przywrócić zdrowia. Potrzebują oni wszechstronnej pomocy, aby odchodzenie z teraźniejszości stało się etapem możliwie najwartościowszym, zarówno dla nich, jak i ich bliskich. Specjaliści z zakresu medycyny paliatywnej, wraz z zespołem opieki paliatywnej lub hospicyjnej, kompetentnie towarzysząc choremu i jego rodzinie w czasie ostatecznym, zapewniają mu możliwie dobrą jakość ostatnich chwil życia.

Przywrócenie śmierci należnego miejsca w hierarchii ważności jest gwarancją bezpieczeństwa dla wszystkich nieuleczalnie chorych, również dla osób w wieku podeszłym.

PIŚMIENNICTWO

- de Walden-Gałuszko K., 1992, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.), 1994, *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- de Walden-Gałuszko K., 1996, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk.
- de Walden-Gałuszko K. (red.), 2004, *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

ANNA KASTERKA

WYJDŹMY Z ZAMKNIĘTEGO KRĘGU CISZY...

Są takie schorzenia, do których przyznajemy się niechętnie. Nawet sami przed sobą. Niedosłuch, choć nie przynosi ujmy, traktowany jest przez nas właśnie w ten sposób. Pierwszym objawem ubytku słuchu, który z reguły zwraca naszą uwagę, są trudności w rozumieniu mowy. Dotyczy to szczególnie sytuacji, w których warunki akustyczne stają się trudniejsze. Na przykład w trakcie przyjęcia rodzinnego, gdy naraz mówi wiele osób, lub w dużej hali dworca kolejowego, gdzie czas pogłosu jest długi. Często nie mamy wrażenia, że słyszymy zbyt słabo. Głośne dźwięki możemy nawet odebrać jako hałaśliwe. Rzecz w tym, że ludzie wokół nas – w naszym odczuciu – przestają mówić wyraźnie. Kłopoty takie są typowe dla osób z tak zwanym odbiorczym ubytkiem słuchu. Każdy z nas w pewnym okresie życia może zetknąć się z tym problemem. Z roku na rok bowiem nasz słuch powoli i nieodwracalnie ulega stopniowemu pogorszeniu. Jest to zjawisko fizjologiczne, które sprawia trudności ogromnej liczbie osób. Ocenia się, że ok. 10% wszystkich ludzi na świecie powinno nosić aparaty słuchowe.

Od 10 lat INMED – Ośrodek Obsługi Osób Źle Słyszących wychodzi naprzeciw potrzebom ludzi z problemami niedosłuchu. Firma oferuje między innymi bardzo nowoczesne, komputerowo programowane aparaty słuchowe, które pozwalają doskonale słyszeć pacjentom ze wszystkimi rodzajami ubytków słuchu. Aparaty Swift i Ergo (OTICON, DANIA) stanowią przykład wykorzystania najnowszych technologii. Są niezawodne, proste w obsłudze i zaprojektowane tak, aby w sposób niemal niewidoczny pomagać słyszeć. Najnowsza technika – dzięki wykorzystaniu programów komputerowych – zapewnia precyzyjne dopasowanie działania aparatu do indywidualnych potrzeb pacjenta. Jest również niezbędna, aby nosząca go osoba mogła bez trudności korzystać z telefonów i sprzętów RTV. Niezawodność, prostota obsługi to niezaprzeczalny atut aparatów Swift i Ergo. W ciągu ostatnich lat urządzenia tej serii udowodniły, że są najbardziej odporne na uszkodzenia. Zaprojektowano je tak, aby składały się jedynie z kilku zwartych elementów montowanych automatycznie. Dzięki smukłej i zwartej obudowie należą one również do najelegantszych i najbardziej sty-

lowych aparatów słuchowych dostępnych obecnie na rynku. Użytkownicy przywiązujący szczególną wagę do względów kosmetycznych mogą wybrać z pełnego zakresu odcieni, dopasowanych do koloru włosów. Dla osób szczególnie czułych na punkcie wyglądu dostępny jest praktycznie niewidoczny w uchu Ergo Mini Canal.

Rodzina aparatów cyfrowych Atlas, Atlas Plus, Go (OTICON, DANIA) zawiera nowoczesną technologię stosowaną do tej pory tylko w najdroższych i najbardziej zaawansowanych aparatach słuchowych. Zapewniają korzyści, jakie daje cyfrowe przetwarzanie dźwięku przy minimalnej potrzebie regulacji. Korzyści te są większe niż w jakimkolwiek innym cyfrowym aparacie słuchowym tej klasy. Pozwalają na uzyskanie natychmiastowej akceptacji użytkownika, z powodu czystego i komfortowego dźwięku, dużej plastyczności doboru, wielu opcji i szerokiego wyboru modeli, atrakcyjnych kosmetycznie rozwiązań oraz łatwości użytkowania.

Prowadzone w wielu ośrodkach na świecie badania w zakresie audiologii i nowych rozwiązań audioprotetycznych pozwoliły na opracowanie konstrukcji, które idą jeszcze o krok dalej. Najwyższej jakości aparat Adapto (OTICON, DANIA) jest pierwszym w pełni cyfrowym aparatem słuchowym, który rozpoznaje mowę. To rewolucyjne rozwiązanie oparte jest na spostrzeżeniu, iż nasz mózg ma zdolność odbioru dźwięków mowy i ukierunkowania się na nie także w warunkach hałasu. Potrafi „wytłumić” hałas tak, aby nie przeszkadzał w rozumieniu mowy. Większość pacjentów z niedosłuchem odbiorczym traci tę zdolność. Naukowcy i inżynierowie wykorzystali najnowsze osiągnięcia w cyfrowym przetwarzaniu sygnału, aby w jak największym stopniu odtworzyć tę umiejętność w aparacie słuchowym. Dzięki temu potrafi on – tak jak mózg – z bardzo dużą dokładnością rozpoznać, czy ktoś w otoczeniu mówi. Najważniejszy jest sygnał mowy – kiedy się pojawia, aparat pozwala skoncentrować się na nim, aby zapewnić jak najlepsze jego rozumienie. Jeśli nikt w otoczeniu nie mówi, aparat niweluje hałasy otoczenia, aby nie były odczuwalne zbyt głośno. W pełni cyfrowe przetwarzanie sygnału pozwala zaś na odbiór dźwięków o najwyższej jakości.

I choć w konstrukcji aparatów cyfrowych wykorzystano zaawansowane technologie, na aparaty te mogą sobie pozwolić nawet osoby o skromnych możliwościach finansowych, zwłaszcza że część kosztu zakupu aparatów pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Warto więc zainteresować się własnym słuchem, bo powrót do świata dźwięków zawsze jest dużym przeżyciem. Wzbogaca nasze doznania i sprawia, że pewniej czujemy się i poruszamy w naszym otoczeniu. Poszerza się grono naszych przyjaciół i znajomych. Nie bójmy się więc słyszeć lepiej.

INMED – Zakład Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji – Ośrodek Obsługi Osób Źle Słyszających oferuje kompleksowe badanie słuchu oraz profesjonalny dobór aparatu słuchowego. Pracownicy firmy odpowiedzą na każde pyta-

nie dotyczące użytkowania, eksploatacji i serwisu aparatów słuchowych. Jesteśmy do Państwa dyspozycji w naszych Specjalistycznych Gabinetach Protetyki Słuchu:

Kraków, ul. Czapińskiego 3	tel. (012) 631-13-80,
ul. Rusznikarska 17	tel. (012) 634-42-18,
Wieliczka, ul. Szpunara 20	tel. (012) 278-11-83,
Olkusz, ul. Sławkowska 4	tel. (032) 754-34-64,
Oświęcim, pl. Kościuszki 12	tel. (033) 842-74-02,
Częstochowa, al. Wolności 14	tel. (034) 321-42-12,
Myszków, ul. Wolności 20	tel. (034) 313-73-00.

Część druga

SPOŁECZNE I HUMANISTYCZNE ASPEKTY STAROŚCI

WPROWADZENIE

*młodość ze starością
kłóć się w tramwaju
przepychanka
bezsłowna
a między gazetą
oczy zawstydzone
nie-ludzkim widokiem
uciekają za okno
tam gdzie cud jesieni*

Agnieszka Domagała-Kręcioch

Część druga książki – *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku* jest efektem badań naukowych prowadzonych przez pracowników Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie. Zawiera także teksty specjalistów-praktyków spoza ośrodków akademickich przygotowane na konferencję naukową „Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie XXI wieku”¹.

ZMIANA POZYCJI SPOŁECZNEJ LUDZI STARSZYCH

We współczesnych społeczeństwach Zachodu zmienia się rola, miejsce i status ludzi starych. Rodziny wielopokoleniowe, w których seniorzy zwyczajowo zajmowali wysoką pozycję, zastąpiły dwupokoleniowe rodziny nuklearne, składające się z rodziców i jednego lub dwojga dzieci. Nie ma w nich miejsca dla dziadków. Pomimo wydłużenia trwania ludzkiego życia, tradycyjne układy oparte na patriarchacie, wspólnocie rodowej i majątkowej wielu „małych” rodzin, podporządkowanych władzy i autorytetowi najstarszych ich członków, wraz z przemianami cywilizacyjnymi odchodzą do lamusa historii. Równocześnie, ale z dala, obok siebie, żyją cztery czy nawet pięć pokoleń należących do jednego rodu: prawnuki, wnuki, dzieci, rodzice, dziadkowie. Jednak nie mieszkają razem. Dostrzegalny jest brak wzajemnego zrozumienia międzypokoleniowego, pozostawianie ludzi sędziwych

¹ Konferencja zorganizowana przez Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grzego w Krakowie oraz Wydział Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, 28-29 maja 2004 r.

samych sobie z ich problemami. Zaobserwować można zjawisko wikłania ich w różnego rodzaju zależności, izolowania w różnorodnych instytucjach pomocy społecznej. Przemiany społeczno-obyczajowe naruszyły pozycję człowieka starszego, doprowadziły do deprecjacji starości, stworzyły wiele stereotypów mylnie interpretujących tę fazę życia człowieka.

OBSZARY BADAŃ GERONTOLOGICZNYCH

Jak zaktywizować osoby w podeszłym wieku, by zechciały aktywnie uczestniczyć w strukturach obywatelskiego społeczeństwa? Co zrobić w celu obalenia negatywnych stereotypów, składających się na społeczny wizerunek starości? Jakie działania podjąć, aby emeryci nie stali się grupą wykluczenia, marginalizacji społecznej? Czy możliwa jest rewitalizacja starości?

Odpowiedź na powyższe pytania stara się przynieść gerontologia, która – choć jest nauką młodą, o zaledwie sześćdziesięcioletniej historii – efektywnie skupia wysiłki badawcze przedstawicieli szeregu nauk społecznych, humanistycznych i medycznych w celu dopracowania spójnych teorii regulujących kwestie starzenia się i starości coraz liczniejszej populacji świata. Poznanie specyficznych problemów związanych z procesem starze-

Tabela 1. Odsetek ludzi starszych w wybranych krajach Europy

Kraj	Odsetek osób starszych	Stan na dzień	60 lat i starsi
Włochy		1 I 1997	22,8
Grecja		1 I 1997	22,1
Szwecja		1 I 1997	21,9
Niemcy		1 I 1996	21,1
Wielka Brytania		1 I 1995	20,5
Francja		1 I 1997	20,2
Austria		1 I 1997	19,8
Węgry		1 I 1997	19,5
Czechy		1 I 1997	17,9
Holandia		1 I 1997	17,7
Polska		1 I 1998	16,2
Irlandia		1 I 1996	15,1
Słowacja		1 I 1997	15,1

Źródło: „Roczniki Demograficzne” GUS.

nia się ma zasadnicze znaczenie dla zrozumienia potrzeb i oczekiwań ludzi w podeszłym wieku. Podejmowane wysiłki badawcze mają swój operacyjny cel – wdrożenie wyników badań i postulatów na ich podstawie sformułowanych do rzeczywistości społecznej.

W procesie starzenia się ludności – zależnie od udziału w jej strukturze osób w wieku 60 lat i więcej – wyróżnia się 5 faz. Wśród nich: stan starości demograficznej (12% lub więcej ogółu ludności stanowią osoby po 60. roku życia) oraz stan zaawansowanej starości demograficznej (udział osób w wieku 60 lat i więcej przekracza 15% ogółu społeczeństwa) [Rosset 1967, Klonowicz 1979].

ONZ za próg starości uznaje 65. rok życia. Fazę trzecią – „starą” charakteryzuje ponad 7% udział osób po 65. roku życia. Powyżej 10% populacji osób starszych w społeczeństwie decyduje o zaawansowanej starości społeczeństwa.

Tabela 2: Grupy wiekowe w wybranych krajach Europy stan na 1 I 1999 r. (w %)

Kraj Grupa wiekowa	0–14 lat	15–64 lat	65 lat i starsi
Irlandia	22,7	62,1	11,3
Polska	20,4	63,3	11,8
Holandia	18,5	63,5	13,5
Finlandia	18,5	62,0	14,7
Dania	18,1	62,1	14,9
Portugalia	16,8	62,6	15,2
Norwegia	19,9	60,7	15,4
Austria	17,0	63,0	15,5
Wielka Brytania	19,3	60,3	15,7
Francja	18,9	60,6	15,8
Niemcy	16,0	62,2	15,8
Hiszpania	15,4	63,2	16,4
Belgia	17,7	60,5	16,6
Grecja	15,4	61,7	16,8
Szwajcaria	17,4	62,5	17,4
Szwecja	18,5	59,3	17,4
Włochy	14,5	62,3	17,4

Źródło: „Rocznik Demograficzny 2000”, GUS.

Zgodnie z klasyfikacją ONZ wszystkie kraje wyszczególnione w tabeli należą do kategorii: zaawansowana starość demograficzna. Fakt ten wywołuje szereg istotnych implikacji, głębokich zmian w życiu społecznym, gospodarczym i kulturalnym.

Starość społeczna jest zjawiskiem relatywnie nowym. Z tej przyczyny budzi powszechny niepokój, ale także wzrastające zainteresowanie badaczy. Polska przekroczyła próg demograficznej starości w 1968 r., w 2000 r. było 6 milionów 400 tys. osób liczących więcej niż 60 lat, co oznacza ponad 16,6% udział osób w wieku poprodukcyjnym w generalnej populacji narodu. Ludność w wieku powyżej 65 lat zwiększyła się z 10,2% w 1990 r. do 12,3% w 2000 roku [stan na 31 XII 2000; GUS 2001].

Najistotniejszym powodem starzenia się polskiego społeczeństwa jest znikomy przyrost naturalny: 100 tys. urodzin w 1993 roku, 47 tys., 42,7 tys., 32,5 tys., 20,3 tys., 0,6 tys. i 10,3 tys. odpowiednio w latach 1995-2000 [Rocznik Demograficzny GUS 2001: XXXIV-XLI]. Rok 2002 był już czwartym z kolei, w którym nastąpił ubytek ludności w Polsce. Spada tzw. współczynnik dzietności², wzrasta natomiast przeciętny wiek kobiet rodzących dzieci. Im mniej będzie rodziło się dzieci, tym mniejszy będzie ich późniejszy udział w strukturze społeczeństwa już w charakterze dorosłych jego członków.

Kolejną przyczyną jest tendencja do wydłużania się ludzkiego życia, zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Pod względem długości życia Polacy ustępują innym nacji. Kobiety żyją najdłużej w Japonii (83 lata), Szwajcarii i Szwecji (82 lata). W Polsce o 5-6 lat krócej. Mężczyźni dożywają w Polsce średnio 68,5 lat, natomiast w Japonii (77 lat), a w Szwecji (76 lat).

Ludność Polski, w sensie demograficznego rozkładu grup wiekowych, jest dojrzała. Mediana wieku dla kobiet wynosi 35 lat, dla mężczyzn 32 lata. Prognozy wskazują, że systematycznie obniżyć się będzie liczba dzieci i młodzieży, a wzrosną szeregi osób w wieku produkcyjnym i emerytalnym. Demografowie przewidują, że do roku 2010 zwiększy się o 2,3 miliona liczba osób należących do starszej grupy pracowniczej, czyli 45-65-latków, a w 2020 roku populacja ludzi w wieku poprodukcyjnym osiągnie poziom ponad 9 milionów [Rządowa Komisja Ludnościowa przy CUP, III 1996], wskaźnik starości demograficznej osiągnie wówczas poziom 22,4%. Utrzyma się tendencja do spadku przyrostu naturalnego, a to oznacza dalsze systematyczne starzenie się społeczeństwa polskiego.

Nawet pobieżna analiza powyższych faktów powinna skłonić do reorientacji planowania polityki socjalnej: inwestować należy nie w żłobki i przedszkola a w kluby seniora, uniwersytety III wieku, domy rencisty, domy spokojnej starości, infrastrukturę dostosowaną do potrzeb i możliwości osób w podeszłym wieku. W najbliższych latach ujawnią się skutki wadliwego zaspokajania potrzeb najstarszej generacji, nasila się problemy zabezpiec-

² W 2001 roku wynosił 1,29, co nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń.

czenia materialnego oraz medycznego. Przemiany demograficzne wymuszają:

- redefinicję starości,
- zmianę jej umownego progu,
- wydłużenie wieku produkcyjnego, czyli podniesienie granicy wieku emerytalnego.

HUMANISTYCZNE I SPOŁECZNE ASPEKTY STAROŚCI

Wzrastająca populacja ludzi starszych stwarza konieczność szerszego zainteresowania się problemami osób w wieku emerytalnym oraz rozwoju gerontologii. Sytuacja człowieka starego we współczesnym świecie jest bardzo trudna, zwłaszcza ze względu na konieczność ciągłego przystosowywania się jednostki do szybko następujących przemian społecznych, ekonomicznych, cywilizacyjnych. Adaptacja i asymilacja „pokolenia jubilatów” jest niesłychanie utrudniona w chwili, gdy wyraźnie zaznaczają się problemy związane z osamotnieniem i izolacją ludzi starszych, określane jako „nożyce śmierci społecznej”. Schyłek życia jest trudnym i ciężkim etapem, wymagającym częstszych zmagania z lękami, obawami towarzyszącymi starości.

Tom *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku* skupia się na zagadnieniach psychologicznych (G. Makiello-Jarża, A. Kaczanowska, P. Huget, I. Kopaniszyn), demograficznych (dane z ostatniego NSP – K. Kluz, K. Slany), z zakresu polityki społecznej (J. Pauli, M. Szlęzak, S. Urbania, A. Ostrowska); ponadto przedstawia propozycje kulturalno-oświatowe (Z. Szarota) i rozwiązania pomocy społecznej, której adresatami są ludzie starzy w wybranych krajach Europy (B. Gierczak, Z. Szarota, A. Zielińska). Efektem działań podejmowanych w tym obszarze ma być rewitalizacja i rehabilitacja również w wymiarze przywracania sił vitalnych (J. Żychowski, M. Żak). Prezentowane teksty poruszają także kwestie ostateczne, takie jak przygotowanie do śmierci (A. Markiewicz) czy sprzeciw wobec traktowania starości w kategorii „pomostu” łączącego życie i śmierć (K. Brataniec). Czy starzenie się zostanie przez jednostkę potraktowane jako swoista „sztuka” (K. Klimek) – pyta autorka ostatniego artykułu.

Współcześnie, w świecie kultu młodości ludzie starzy są marginalizowani w aktywności zawodowej, izolowani w instytucjach nastawionych na opiekę, nieobecni w propozycjach kultury popularnej, traktowani bywają jako użytkownicy programów socjalnych i opiekuńczych opatrzonych „wskaźnikami zależności”.

Seniorzy w każdej społeczności są szanowanymi i wartościowymi depozytariuszami kultury, tradycji, wiedzy i obyczaju. Wartości te są zasadnicze dla zachowania więzi międzypokoleniowych, jak głosi przysłowie: *gdy umiera starzec, płonie cała biblioteka*.

Zofia Szarota

PIŚMIENNICTWO

- Rosset E., 1967, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa.
Klonowicz S., 1979, *Oblicza starości*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
Roczniki Demograficzne GUS.

OBLICZA STAROŚCI – REFLEKSJE PSYCHOLOGA

Starość kojarzy się na ogół ze schyłkiem życia, spadkiem sił, mniejszą wydolnością umysłową, trudnościami adaptacyjnymi. Takie spojrzenie na starość pozostaje w zgodzie z ustaleniami formułowanymi przez biologów, którzy stwierdzają, że okres starzenia się organizmu wiąże się z przewagą procesów katabolicznych (rozkładu) nad anabolicznymi (budowania) [Bromløy 1969].

Mniej więcej do połowy XX wieku większość psychologów zajmujących się rozwojem człowieka sądziła, iż rozwój obejmuje okres dzieciństwa, dorastania i wczesnej młodości. Okres dorosłości był uważany za czas, w którym człowiek niejako korzysta z tego, co uzyskał dzięki rozwojowi we wcześniejszym okresie. Późna dorosłość uważana była za okres zmian o charakterze inwolucyjnym, a starość opisywano jako okres regresu fizycznego i psychicznego. Jednocześnie już w tym czasie można spotkać stanowiska odmienne. Ch. Bühler uważała, że rozwój można rozpatrywać w przebiegu życia ludzkiego [Bühler Ch. 1999]. Od lat pięćdziesiątych coraz częściej, nie negując faktu starzenia się organizmu, twierdzono, iż starość jest jednym z etapów rozwoju człowieka. Zaproponowano, aby odejść od pojęcia rozwoju rozumianego jako seria zmian jednokierunkowych o charakterze progresywnym na rzecz definiowania rozwoju jako procesu wielokierunkowego. Zmiana rozwojowa w tym ujęciu opisywana jest jako zmiana struktury i funkcji osadzona w czasie. Takie ujęcie pozwala na zrozumienie faktu rozwoju jako procesu trwającego przez całe życie człowieka [Baltes, Reese 1984]. Przeżywając swe życie, na każdym z jego etapów człowiek staje przed nowymi zadaniami rozwojowymi. To, w jaki sposób je rozwiązuje, zależy od stosunku do samego siebie, od dotychczasowych doświadczeń, od możliwości fizycznych. W okresie starzenia się i starości ważnym zadaniem rozwojowym jest przystosowanie się do własnych ograniczeń. Trempała [2000] opisuje za Baltesem i Gouletem mechanizm, dzięki któremu to przystosowanie staje się możliwe. Mechanizm ten, zwany w skrócie SOK, związany jest z Selekcjonowaniem bodźców, Optymalizacją działań

i Kompensacją, polegającą na zmianie dotychczasowych sposobów zachowania na rzecz zastępowania ich innymi, sprawiającymi również satysfakcję.

Poruszając się w paradygmacie rozwoju biegu życia należy opisując każdy z jego okresów, w tym starość, brać pod uwagę różnorodne czynniki wpływające na rozwój. Są to czynniki normatywne związane z wiekiem i czasem historycznym, w którym człowiek żyje. Czynniki te dotyczą całej populacji osób żyjących w danym okresie historycznym i osiągających zbliżony wiek. Oczywiście wpływ tych czynników jest różnorodny, jako że każdy inaczej przeżywa czas, w którym żyje i inaczej przeżywa swój wiek. Dzieje się tak dlatego, iż na rozwój wpływają również czynniki pozanormatywne, zwane inaczej losowymi. Czynniki losowe tylko pośrednio związane są z wiekiem i czasem historycznym (np. jakaś choroba dotyczy tylko mnie, ale przeżywam ją inaczej, gdy jestem młody, inaczej gdy stary, inaczej gdy jestem pozbawiony możliwości leczenia, inaczej gdy powierzam się rękom specjalisty).

W okresie starzenia się i starości niewątpliwie zmiany fizyczne i fizjologiczne wpływają na psychikę człowieka. Zmianom, i to raczej niekorzystnym, ulega wygląd zewnętrzny. Często ten przysłowiowy „pierwszy siwy włos” jest subiektywnie odczuwany jako sygnał starości, która nie kojarzy się przecież z niczym przyjemnym. Próbuje się zatem odwrócić bieg natury, stosujemy (niezależnie od płci) różne zabiegi korygujące i upiększające. Cóż z tego, kiedy proces starzenia się posuwa się mimo naszych starań. Gorzej wyglądamy, sylwetka traci sprężystość, gorzej widzimy i słyszymy. Starzejący się człowiek często nie potrafi się z tymi zmianami pogodzić, walczy o zatrzymanie młodości, wierzy że jest nadal atrakcyjny i sprawny. W pewnej chwili musi jednak stanąć oko w oko z własną starością i jeśli nie jest na jej nadejście przygotowany, doświadcza bardzo bolesnych przeżyć.

Zmiany fizyczne wpływają na psychikę człowieka. Przytępiony wzrok i słuch utrudniają adekwatne spostrzeganie otoczenia. Zmiany sklerotyczne, powodujące w efekcie zmniejszenie dopływu krwi do mózgu prowadzą do zaburzeń procesów myślenia. Należy jednak odróżnić zmiany patologiczne od tych, które wynikają ze starzenia się organizmu.

Cattell i Horn [Hall, Lindzey 1990] są twórcami teorii o dwóch rodzajach inteligencji – płynnej i skryształizowanej. Pierwsza z nich przeważa w okresie młodości, dzięki niej człowiek jest zdolny do stawiania śmiałych hipotez i nowatorskiego ich weryfikowania. Druga – inteligencja skryształizowana – rozwija się w okresie dorosłości i starości, pozwala na udoskonalenie wcześniej opanowanych strategii rozwiązywania problemów i wykorzystanie zdobytego wcześniej doświadczenia dla efektywnej i twórczej pracy. Jeden z klasyków psychologii osobowości C.G. Jung [Hall, Lindzey 1990] uważa, że proces indywiduacji, czyli zdolności do pełnego zróżnicowania i rozwinięcia wszystkich struktur osobowości, pozwalający na samourzeczywistnienie ma swój początek w wieku średnim, a rozwija się w okresie starzenia się i starości. Człowiek odnajduje wówczas sens życia, a procesy

myślenia mają charakter dialektyczny, co pozwala na zrozumienie jedności przeciwieństw. Człowiek na nowo ustosunkowuje się do pewnych fundamentalnych stanów rzeczy i procesów uważanych za przeciwstawne. Godzenie przeciwieństw możliwe jest dzięki funkcji transcendentalnej. Czyżni ona jednostkę bardziej złożoną i twórczą i może doprowadzić do osiągnięcia pełni osobowości. Intelpekt człowieka starego rozwija się dzięki wzrastającej kompetencji biograficznej i osiągania coraz wyższego poziomu wiedzy (niekoniecznie rozumianej jako wiedza uniwersytecka). Człowiek dokonuje ewaluacji sytuacji, w których uczestniczy z perspektywy własnej oraz z perspektywy rozwoju człowieka jako istoty ludzkiej. Zdolność do wartościowania i etycznej interpretacji wiedzy i doświadczenia stanowi o mądrości [Niemczyński, Olejnik 1993]. Mądrość częściej związana jest ze starością właśnie dlatego, iż człowiek w biegu życia nabywa kompetencji związanej z biografią, gromadzi wszak doświadczenie przez wszystkie lata swojego życia. Dokonując wartościowania może porównywać różnego rodzaju postępy własne, innych ludzi i całych społeczeństw. Pietrasiński [1998] zwraca uwagę na rezerwy umysłowe ludzi starych. Sądzi on, iż pogarszające się wyniki w testach inteligencji należy wiązać z niedoborem aktywności intelektualnej. Na ogół człowiek stary spostrzegany jest stereotypowo. Odmawia mu się aspiracji zawodowych, wymusza rezygnację z dotychczasowych działań. Kowalik [2000] zwraca uwagę na fakt, iż los człowieka w fazie starzenia się uzależniony jest od całego jego życia. Wszystko co przeżywamy, to jacy jesteśmy, wpływa na stan biopsychiczny w okresie starości. Jeśli we wcześniejszych okresach życia zgromadzimy wystarczające zasoby psychiczne, to: „... w fazie starzenia się nie tylko możemy przy ich pomocy skutecznie przeciwstawiać się regresowi rozwojowemu ale nawet możemy w pewnych wymiarach osiągnąć postęp w samodoskonaleniu się” [op. cit., s. 68].

E. Erikson [Witkowski 1989] uważa, że starość to czas uporania się z kryzysem między integralnością a rozpaczą. Warunkiem integralności jest dokonanie pozytywnego bilansu życiowego. Ten z kolei zależy od stopnia satysfakcji z życia rodzinnego, stanu zdrowia, doświadczeń życiowych (także i tych o charakterze ekstremalnym), stosunku do pogarszającego się standardu życiowego. Niewątpliwie okresy transformacji politycznych czy też ekonomicznych, powodujące konieczność różnorodnych zmian burzących stabilizację i zachwianie poczucia bezpieczeństwa wpływają niekorzystnie na dokonywanie bilansu życia. Można jednocześnie wiele przeżyć, doznać wielu cierpień a jednak odnaleźć sens życia i uznać je za spełnione, a tym samym pomyślnie przystosować się do starości.

Trudno jednoznacznie ustalić, jakie czynniki i w jaki sposób wpływają na przeżywanie starości, na zgodę na nią, czy też na brak akceptacji tego okresu życia. Można wychodzić od starości fizjologicznej, przeciwstawiając jej starość patologiczną. Można mówić o starości aktywnej i w opozycji do niej o starości wiążącej się z wycofaniem z życia [Straś-Romanowska 2000].

Sądzę, że można, biorąc pod uwagę przedstawione powyżej fakty stwierdzić, że nie ma jednej starości – ma ona różne oblicza. Opisuując je zdaję sobie sprawę z faktu, że nie występują one w czystej postaci. Każdy z rodzajów starości oprócz komponentu głównego może zawierać komponenty poboczne, które sprawiają, iż obraz starości niekiedy ulega pewnym zmianom.

Patrząc w oblicza starości można ułożyć je w szeregu tworzącym continuum. Wyróżniam zatem starość:

- wzniosłą,
- wspaniałą,
- pogodną
- powszednią
- zgorzkniałą,
- zagubioną,
- zdegradowaną.

Opis zaczynam od **starości powszedniej**, która jawi się także jako starość najbardziej powszechna, czyli właściwa większości ludzi starych, którzy przeżyli swe życie ciesząc się i smucąc, buntując się i zawierając kompromisy. Ten typ starości może zawierać elementy wszystkich wymienionych wyżej rodzajów. Jesteśmy, fizjologicznie rzecz ujmując, do siebie podobni, ale nasze losy, indywidualne doświadczenia życiowe i subiektywna ich interpretacja wpływają w różnym stopniu na odczucie zagubienia czy zgorzknienia, czy też na przeżywanie momentów wzniosłych i wspaniałych. Można zatem powiedzieć, że w starości powszedniej przez мгновение oka można ujrzeć oblicza raz „wspaniałe”, kiedy indziej „zagubione”.

Jakie jest oblicze **starości zgorzkniałej**? Jest to starość, która chciała wiele, która włożyła ogromny wysiłek we własny rozwój, starała się konstruktywnie wpłynąć na życie osób sobie bliskich, która była zaangażowana w pracę zawodową, często również pracę społeczną i „nie otrzymała godziwej zapłaty”. Brak pozytywnych rezultatów własnych działań, samotność, opuszczenie przez ludzi, dla których poświęciło się wiele, zapomnienie i obojętność ze strony środowiska pracy, z którym tak mocno człowiek się identyfikował, sprawiają, iż człowiek stary czuje się zdradzony, niedoceniony i zgorzkniały. Starość zgorzkniała cechuje się często postawą wrogości wobec samej siebie czy też wobec innych ludzi, co może sprzyjać pogłębiającej się samotności i rozpacz. Należy zauważyć, iż sytuacja społeczna i ekonomiczna, w jakiej znaleźli się współcześni ludzie starzy w naszym kraju, sprzyja w coraz większym stopniu poczuciu rozgoryczenia i zgorzknienia.

Jest jednak także **starość pogodna**, starość pogodzona z upływem czasu, ze zmianami własnego ciała, zmianą pozycji społecznej. Człowiek pogodnie przeżywający starość wie na ogół, że nie ma ludzi niezastąpionych i nie liczy na to, że ci, którym pomagał i którym „dobro czynił”, też mu do brem odpłacą. Pogodna starość wiąże się najczęściej z pozytywnym bilan-

sem życiowym i altruistyczną postawą wobec otoczenia we wcześniejszych okresach życia. Taka starość chętnie daje siebie, swój czas, potrafi uważnie słuchać, nieść pomoc innym, okazuje życzliwość i wyrozumiałość. Często starość pogodna ma za sobą przeżycia o charakterze ekstremalnym, właśnie pozytywnie zinterpretowane. U źródeł pogody ducha leży przeżyte cierpienie, tak fizyczne, jak i psychiczne.

Smutne jest oblicze **starości zagubionej**. Na plan pierwszy wybiła się zła orientacja w otoczeniu i we własnym stanie zdrowia. Procesy sklerotyczne powodują nie tylko ograniczenia widzenia, słyszenia czy też sprawnego poruszania się, ale także duże ubytki pamięci. Są to ubytki pamięci osoby świadomej, która ciągle czegoś szuka i nie znajduje, myli terminy, nie pamięta znanych słów, zapomina różne, wydawałoby się znane przez całe życie strategie postępowania. Ratunkiem stają się kartki zawierające różne instrukcje. Problem polega na tym, iż człowiek nie pamięta, czego te instrukcje dotyczą. Trudnościom pamięciowym towarzyszy lęk. Człowiek nie wie, co się z nim dzieje, jest przerażony, usiłuje dysymulować, boi się, że wkrótce nic już nie będzie w stanie zapamiętać. Zagubienie często łączy się z samotnością, brakiem wsparcia i lękiem przed światem, w którym coraz trudniej się odnaleźć.

Starość ma również oblicze, które określam jako **wspaniałe**. Jaka jest **starość wspaniała** – godna pozazdroszczenia. Jest to starość twórcza. To czas dochodzenia do tworzenia dzieł stanowiących jakby *opus magnum*, to pełnia wypowiedzi literackiej, malarskiej, kompozytorskiej, naukowej. Starość wspaniała jest aktywna, „...idzie skacząc po górach, przeskakując pagórki” [tłum. Miłosz 1982], daje z siebie bardzo wiele niosąc innym radość, przekazując mądrość, dzieląc się własnym doświadczeniem. Starość wspaniała nie ma czasu na dokonywanie bilansu życia. Często jednak jest skupiona na własnym wnętrzu, na poszukiwaniu kontaktu z Bogiem, na odnajdywaniu sensu życia i sensu trwania, sensu cierpienia i sensu śmierci. Taka starość bywa drogowskazem dla ludzi młodych. Ukazuje im bowiem znaczenie wierności samemu sobie i radości tworzenia.

Bolesna i nieświadoma samej siebie jest **starość zdegradowana**. Ma ona oblicze człowieka starego i tak chorego, iż utracił on zdolność rozumienia siebie i rozumienia otaczającego go świata. Zaawansowane procesy miażdżycowe, choroby Parkinsona i Alzheimerera prowadzą do starości patologicznie zdegradowanej. Także i tak przeżywana starość jest starością człowieka, który nie przestaje być osobą ludzką, godną szacunku i pomocy. Jak przekazuje w swych opracowaniach S.T. Kowalik [2000], nawet w głębokich zaburzeniach i zachwianiach świadomości można podejmować oddziaływania terapeutyczne, które pomagają w odzyskaniu tożsamości fizycznej, a niekiedy psychicznej. Można przypuszczać, że człowiek, którego starość określam jako zdegradowaną, cierpi, lęka się wszystkiego co nieznane (a w zasadzie wszystko, co go otacza, wydaje się nieznane), odczuwa dyskomfort. Jego zachowanie, zdawałoby się zupełnie nieadekwatne,

jest świadectwem rozpaczliwych poszukiwań spokoju i bezpieczeństwa. Obowiązkiem społecznym jest pochylenie się nad starością zdegradowaną, zapewnienie jej opieki, życzliwości i pełni szacunku.

Na koniec, jakże optymistyczne oblicze starości – **starość wzniosła**. Jest to starość pogodna, wspaniała a jednocześnie wznosząca się ponad samą siebie. Starość pokorna, oddana każdemu nawet najnikczemniejszemu człowiekowi, a jednocześnie wznosząca się w swym widzeniu świata ponad ten świat. Jest to starość mędrców, którzy odnaleźli sens życia i śmierci, starość, która odnalazła Boga i stała się sumieniem świata. Jest to starość wybranych. Na pewno niewielu takich starców można spotkać na ziemi. Ja znam takich dwoje. Są to Jan Paweł II i Matka Teresa z Kalkuty. Oni dawali i dają świadectwo temu, czym może być starość.

PIŚMIENNICTWO

- Baltes P.D., Reese H.W. 1984, *The Life-Span Perspective in Developmental Psychology*. W: M.H. Bornstein, M.E. Lamb (red.), *Developmental Psychology: An Advanced Textbook*. Haldale, NJ, Erlbaum.
- Bromley B.D. 1969, *Procesy starzenia się*. Warszawa, PWN.
- Bühler Ch. 1999, *Bieg życia ludzkiego*. Warszawa, PWN.
- Hall C.S., Lindzey, G. 1990, *Teorie osobowości*. Warszawa, PWN.
- Kowalik S.T. 2000, *Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się*, [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju*. Bydgoszcz, Wyd. WSP.
- Księgi pięciu Megilot* 1982, Paris: Éditions du Dialogue. Tłum: Czesław Miłosz.
- Niemczyński A., Olejnik, M. 1993, *Związek mądrości z wiekiem*, [w:] *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej*, t. 1, 3.
- Pietrasinski Z. 1988, *Rozwój z perspektywy jego podmiotu*, [w:] M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowiek a w ciągu życia. Zagadnienia teoretyczne i metodologiczne*. Warszawa, PWN.
- Porebska M. 1995, *Rozwój człowieka jako kształtowanie się organizacji jednostki w ciągu życia*, [w:] *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej*, t. 3, 1.
- Straś-Romanowska M. 2000, *Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości*, [w:] B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju*. Bydgoszcz, Wyd. WSP.
- Trempała J. 2000, *Koncepcje rozwoju człowieka*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1. Gdańsk, GWP.
- Witkowski L. 1989, *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika E. Eriksona*. Toruń, Wyd. UMK.

ANIELA KACZANOWSKA, PATRYCJA HUGET

SPOSTRZEGANIE STAROŚCI PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ

Jednym z kierunków rozwoju społecznego człowieka jest rozwój percepcji społecznej, polegający na gromadzeniu wiedzy o innych ludziach, o ich właściwościach i zachowaniach, a także o przyczynach i konsekwencjach tych zachowań. Rozwój percepcji społecznej u dziecka w ogromnym stopniu zależy od indywidualnego przebiegu jego rozwoju psychicznego, a także od społecznego kontekstu rozwoju. Można stwierdzić liczne związki i zależności, szczególnie pomiędzy rozwojem spostrzegania społecznego a rozwojem umysłowym i emocjonalnym dziecka. Równocześnie gromadzenie informacji o innych ludziach nie służy wyłącznie poszerzaniu wiedzy dziecka, ale na każdym poziomie rozwoju służy nawiązywaniu i podtrzymywaniu jego kontaktów społecznych.

Pierwsze przejawy rozwoju percepcji społecznej obserwuje się bardzo wcześnie. Już niemowlę rozróżnia ludzi od przedmiotów, a następnie zachowaniem swoim poświadcza fakt odróżniania osób znanych od obcych oraz dorosłych od rówieśników.

Początkowo poznawanie innych ludzi odbywa się wyłącznie na drodze spostrzeżeniowej, dziecko nie potrafi jeszcze wykroczyć poza obserwowalne właściwości i aspekty zachowania otaczających je osób [Matczak 2003]. Stopniowo, wraz z postępami w rozwoju umysłowym, percepcja społeczna zmienia swój charakter, opierając się w coraz większym stopniu na rozwoju myślenia. Istotne znaczenie ma również komunikowanie się dziecka z otoczeniem. Już na płaszczyźnie przedwerbalnej umożliwia ono dziecku i dorosłemu wzajemne zrozumienie, a to zdaniem Schaffera [Schaffer 1994], będzie w przyszłości podstawą dokładniejszego poznania przez dziecko drugiej osoby, nie tylko jako różniącej się zewnętrznie, ale także inaczej myślącej i czującej.

Zgodnie z poglądami autorów współczesnych dziecięcych teorii umysłu, np. Flavella [Białęcka-Pikul 2002], dzieci stopniowo zdobywają wiedzę o wewnętrznych procesach psychicznych innych ludzi (takich jak: myśli, wyobrażenia, przekonania) jako czymś indywidualnym, prywatnym, niedostępnym w bezpośrednim poznaniu innym ludziom.

W rozwoju percepcji społecznej Livesley i Bromley [Skarżyńska 1981] wyróżnili 3 kolejne stadia:

- 1) spostrzeganie egocentryczne – do 7 lat,
- 2) spostrzeganie pośrednie – od 7 do 12 lat,
- 3) spostrzeganie zintegrowane i niezmiennie – od 13 lat.

Spostrzeganie egocentryczne charakterystyczne jest dla dzieci w wieku przedszkolnym, kiedy to percepcja innych ludzi ma charakter powierzchowny. Intensywny rozwój mowy pozwala dziecku nazywać zachowania osób, cechy ich wyglądu i ujawniane na zewnątrz emocje. Mimo dużej spostrzegawczości dzieci w tym wieku spontaniczne opisy innych ludzi są jeszcze ubogie i dokonywane z punktu widzenia wartości, jaką ludzie ci przedstawiają dla dziecka. Oczywiście dzieci znają najlepiej osoby należące do rodziny, tym samym wiedza na ich temat ma charakter afektywny, co wynika z relacji emocjonalnych dziecka z członkami rodziny.

Życie rodzinne pozwala stosunkowo wcześniej na poznawanie przyczyn zachowania najbliższych, początkowo przyczyn zewnętrznych, sytuacyjnych, później przyczyn tkwiących w wewnętrznych właściwościach ludzi. Wiedza dziecka przedszkolnego o innych poszerza się tym samym i pogłębia, ale stale dotyczy konkretnych, znanych dziecku osób i w związku z właściwościami myślenia w okresie przedoperacyjnym nie może być uogólniana.

W drugim z wyróżnionych okresów, tj. spostrzegania pośredniego, zjawisko decentracji interpersonalnej i przejście na poziom myślenia operacyjnego pozwalają na pełniejsze uświadomienie sobie różnic indywidualnych. Wzrasta w tym czasie głębokość opisu innych ludzi, jego integracja i obiektywizacja [Maczak 2003].

W okresie spostrzegania zintegrowanego i niezmiennego dorastający człowiek potrafi spojrzeć na znanych sobie ludzi z różnych punktów widzenia, zdaje sobie sprawę z przejściowego charakteru niektórych właściwości (np. uzależniając ich wystąpienie od czynników sytuacyjnych). Zaczyna rozumieć złożoność natury ludzkiej i współistnienie cech pozornie sprzecznych („raz dobry a raz zły”). Z jednej strony pogłębia się i ugruntowuje wiedza o stałości i niezmienności innego człowieka jako osoby, z drugiej – rośnie świadomość licznych uwarunkowań i modyfikacji jego cech i zachowań [Skarżyńska 1981, Maczak 2003].

Wśród grona osób bardzo wcześniej poznawanych przez dzieci są ludzie starzy. Początkowo wiedzę o nich dzieci gromadzą wyłącznie w rodzinie i jest to wiedza nasycona emocjami towarzyszącymi codziennemu życiu, aktywności i wzajemnym kontaktom. Później doświadczenia gromadzone dotychczas w rodzinie dziecko zaczyna odnosić do szerszego otoczenia społecznego.

Zarówno w domu, jak i poza rodziną dziecko poznaje opinie i nastawienia wobec ludzi starych, ma wiele okazji, aby zaobserwować i przeżyć życzliwe nastawienia wobec nich i wobec starości (najczęściej we własnej ro-

dzinie), ale również postawy dystansu, obojętności, a nawet niechęci i wrogości. Efektem nieustannie dokonującego się spostrzegania społecznego, wpływu osób znaczących oraz zaznaczającej się samodzielności myślenia i krytycyzmu jest coraz bardziej złożony obraz wiedzy i ustosunkowań wobec ludzi starych.

Można się spodziewać, że w trzecim z wyróżnionych stadiów będzie on głębszy i bardziej wszechstronny. Warunki życia młodzieży, charakter jej kontaktów społecznych, jak również niepełna jeszcze autonomia myślenia każą równocześnie przypuszczać, że będzie on w dużej mierze odbiciem opinii i postaw społecznych. Są one często różne lub krańcowo różne od pozytywnych doświadczeń dzieci wyniesionych z rodziny.

W ramach planowanych w Katedrze Psychologii Rodziny szerszych badań nad spostrzeganiem społecznym starości przeprowadzono sondaż diagnostyczny w dwóch grupach dzieci: 6- i 13-letnich, obejmując badaniami odpowiednio 60 i 42 dzieci. Zamiarem naszym było zorientowanie się w charakterze opinii i przekonań dzieci oraz wstępne ustalenie kierunku zmian w spostrzeganiu ludzi starych i starości w przedoperacyjnym i operacyjnym okresie rozwoju myślenia.

Na wstępie zadawano pytanie: „Kto jest człowiekiem starym?” i dodatkowo: „Po czym można poznać człowieka starego?” (drugie, konkretne pytanie było potrzebne dzieciom młodszym).

W odpowiedziach dzieci młodszych (tab. 1) wyraźnie ujawnia się spostrzeganie egocentryczne. Jedna czwarta dzieci w odpowiedzi nie szuka obiektywnej miary starości, ale wymienia przykład własnych dziadków, inne formułują najprostsze charakterystyki deskryptywne zawierające określenie wieku (23,4%) lub właściwości wyglądu (38,3%). Opis różnicujący w sposób prosty zdecydowanie przeważa w grupie dzieci starszych,

Tabela 1. Kto jest człowiekiem starym? Po czym poznać człowieka starego?
(dane w procentach)*

Pytanie / Wiek	6 lat	13 lat
Przykład osoby	25,0	–
Określenie wieku	23,4	78,5
Opis wyglądu i stanu zdrowia	38,3	59,5
Opis charakteru	3,3	11,9
Inne	–	14,3
Brak odpowiedzi	10,0	–

* Suma przekracza 100%, ponieważ dzieci podawały po kilka określeń.

zawiera on określenia dotyczące wyglądu, stanu zdrowia, sprawności fizycznej. Najczęstszy rodzaj odpowiedzi w tej grupie (prawie 80% dzieci) to określenie członkostwa w określonej grupie wieku. Dzieci te znają już kategorię „ludzi starych”, chociaż zakres tego pojęcia nie jest jeszcze precyzyjny.

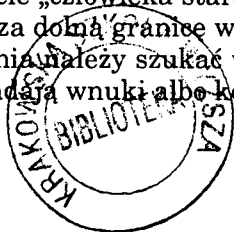
Prosty opis różnicujący poszerzany jest o cechy wewnętrzne, czyli dotyczy dyspozycji. U nielicznych dzieci pojawiają się ponadto stwierdzenia sięgające źródeł starości („postarzył przez naturę” – 2 odpowiedzi) i sformułowania typowe dla okresu myślenia operacyjnego („ma dużo lat i zachowuje się jakby miał”, „czuje się bez sił do życia takiego jak za młodu, nie ma już tych sił witalnych. Czasami osoba ma 80 lat, ale wciąż jest młoda”).

Tabela. 2. Ile ma lat człowiek stary?
(dane w procentach)

Wiek	6 lat	13 lat
Dzieciństwo	3,3	–
Dorosłość	11,7	–
Wiek średni	13,3	19,0
Starość	40,0	76,2
„Dużo lat”	3,3	2,4
Wiek nierealny	15,0	–
Nie wiem	13,3	–
Inne	–	1,6

Wyniki naszych badań wskazują, że zmienia się wyraźnie wraz z wiekiem umysłowa reprezentacja grup wieku, w tym grupy ludzi starych. Odpowiadając na pytanie: „Ile lat ma człowiek stary?” (tab. 2) jedynie 40% dzieci młodszych prawidłowo określa przedział wieku. Niedostateczna orientacja w czasie oraz być może nieukształtowane jeszcze całkowicie pojęcie liczby sprawiają, że dzieci te określają mianem ludzi starych osoby należące do wszystkich kategorii wieku. Zakres pojęcia „człowiek stary” jest więc nieprecyzyjny, a wiek chronologiczny nie stanowi w przypadku tej grupy dzieci podstawowego kryterium klasyfikacji.

U dzieci 13-letnich pojęcie „człowieka starego” jest już ukształtowane, chociaż 1/5 dzieci umieszcza dolną granicę wieku zbyt nisko, około 40-55 lat. Być może wytłumaczenia należy szukać w znajomości przez dzieci osób, które w tym wieku posiadają wnuki albo kończą pracę zawodową (co



przez dzieci uważane jest za przejaw starości). Tylko 1 dziewczynka w tej grupie udzieliła odpowiedzi wskazującej na głębszą refleksję i myślenie typowo operacyjne: „zależy na ile się czuje”.

Tabela 3. Czy znasz kogoś starego?
(dane w procentach)*

Odpowiedź Wiek	6 lat	13 lat
Tak – w rodzinie	83,3	40,5
Tak – w rodzinie i obcych	6,7	40,5
Tak – obcych	–	7,1
Znam dużo	–	23,8
Znam mało	–	4,8
Nie znam	10,0	2,4

* Dzieci podawały często więcej niż jedną odpowiedź.

Poparciem powyższej interpretacji wyników są odpowiedzi na kolejne pytanie (tab. 3): „Czy znasz kogoś starego?” Dzieci młodsze w ogromnej większości swoją wiedzę o starości i ludziach starych zdobywają w rodzinie (83% dzieci). Błędy w ocenie wieku nie wynikają w takim razie z braku doświadczenia, lecz z właściwości rozwoju umysłowego. Dzieci 13-letnie poza członkami rodziny wymieniają najczęściej sąsiadów lub przyznają, że znają „dużo” takich osób. Jedyną konkretną osobą wymienianą często przez dzieci jest Jan Paweł II. Przypuszczać można, że dzieci w rodzinach spotykają się z refleksją i rozmowami na temat Papieża, dzięki czemu jest to postać przez dzieci rozróżniana i zapamiętana.

Uściśleniem poprzedniego pytania było pytanie IV: „Gdzie można spotkać człowieka starego?” (tab. 4). Badane dzieci, niezależnie od wieku, odwołują się do własnych rodzinnych doświadczeń, wymieniając miejsca, sytuacje i okoliczności, w jakich można spotkać ludzi starych, np. sklep, ulica, środki komunikacji miejskiej. Odrębną grupę stanowią miejsca i sytuacje wiążące się z odpoczynkiem i rekreacją, np. park, planty. Wyraźnie czytelne jest tło tych odpowiedzi, tj. własne, zwykle jednostkowe spostrzeżenia, na podstawie których powstaje stopniowo „portret człowieka starego”. Wypowiedzi dzieci młodszych ujawniają niekiedy ich niepełną jeszcze lub błędną wiedzę na temat starości. Np. „Często na wsi. Najczęściej. Tam, gdzie cicho i spokojnie. Bardzo rzadko można spotkać w mieście”, „W niebie. Może w innym domu. W innym kraju można spotkać”.

Tabela 4. Gdzie można spotkać człowieka starego?
(dane w procentach)*

Odpowiedź	Wiek	
	6 lat	13 lat
Przy czynnościach codziennych	45,0	76,2
W miejscach odpoczynku	36,7	31,0
W domu starców	15,0	50,0
W kościele, na cmentarzu	5,0	19,0
W pracy	1,7	–
Wszędzie	–	16,7
Inne	3,3	4,8
Nie wiem	5,0	–

* Dzieci podawały często więcej niż jedną odpowiedź.

Portret ten staje się bardziej wyrazisty, jeżeli dodamy do niego kolejne informacje. Pytanie V: „Co robi człowiek stary?” (tab. 5) pozwoliło poznać poglądy dzieci na temat aktywności ludzi w podeszłym wieku. Dzieci z obu badanych grup za najbardziej typową aktywność kojarzoną z tym okresem życia uważają odpoczynek: oglądanie TV, robienie na drutach, spacer. Liczba dzieci przekonanych o tym, że są to podstawowe zajęcia ludzi starych wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem (z 45 do 83,3%). Jeżeli do tej grupy przekonanych dołączymy u dzieci starszych twierdzenie: „nic nie robi, dostaje rentę/emeryturę” uzyskamy najczęstszy w opinii dzieci obraz starości.

Dzieci młodsze uzupełniają go pracami domowymi, wymieniając czynności najczęściej widziane u dziadków: „pisze krzyżówki”, „leży w łóżku”, „babcia gotuje zupki”, „siedzi w bujanym fotelu i np. prosi, żeby mu ktoś przeczytał gazetę, bo nie widzi”. Wypowiedzi dotyczące pracy zawodowej również dotyczą konkretnych, znanych dzieciom osób: „mój dziadziuś pracuje, uczy studentów”, „moja babcia pilnuje sklepu”. Nieliczne w tej grupie stwierdzenia odbiegające od stereotypu wzięły swe źródło z obserwacji zdarzeń przeżytych i zapamiętanych przez dziecko: „Jedzeniem się zajmuje. Wakacjami. Że na przykład... stary człowiek pilnuje, żeby nie zaśmiecali rzeki na wakacjach”.

Tabela 5. Co robi człowiek stary?
(dane w procentach)*

Odpowiedź / Wiek	6 lat	13 lat
Odpoczywa	45,0	83,3
Nic nie robi, pobiera emeryturę	–	14,3
Pracuje zawodowo	11,7	2,4
Pracuje w domu	28,3	19,0
Modli się w kościele	1,7	7,1
Wspomina przeszłość	–	11,9
Leczy się	6,7	4,8
Inne	18,3	14,3

* Dzieci podawały często więcej niż jedną odpowiedź.

Dzieci starsze obraz człowieka starego odpoczywającego uzupełniają „wspominaniem przeszłości”. Pojawia się w ich odpowiedziach nowa forma aktywności, odnosząca się do życia wewnętrznego: myśli, przeżyć, wspomnień, pamięci.

Tabela 6. Jaki jest człowiek stary?
(dane w procentach)*

Odpowiedź / Wiek	6 lat	13 lat
Cechy pozytywne	25,0	45,2
Cechy negatywne	10,0	69,0
Cechy dwuimienne	5,0	30,0
Opis wyglądu	51,7	16,6
Inne	–	9,5
Nie wiem	8,3	–

* Dzieci podawały często więcej niż jedną odpowiedź.

Zamiarem naszym było, aby następne pytanie (tab. 6) uzupełniło charakterystykę człowieka starego. Brzmiało ono: „Jaki jest człowiek stary?”. Dzieci młodsze i tu kierują się własnymi spostrzeżeniami i przede wszystkim opisują wygląd zewnętrzny lub cechy pozytywne, zaobserwowane u najbliższych: „Powolny, spokojny, nie przerywa rozmowy. Poczekaj jak się skończy i się zapyta”, „Dobry, ma fajne różne pomysły, żebyśmy pojechali gdzieś”.

Nieliczne dzieci młodsze uzupełniają portret starego człowieka spostrzeżeniami spoza własnej rodziny. Nie dokonując uogólnień przywołują z pamięci jednostkowe obrazy smutnej starości: „Umiera czasami. Chodzi i szuka jakichś ludzi, którzy mu pomogą. Bo jest głodny, nie ma pieniędzy”, „Brudny, bo jest stary i nie ma pracy. Tylko z banku bierze pieniądze”.

Pojawiają się również w tej grupie, nieliczne jeszcze wypowiedzi, zawierające informacje skontrastowane (przeciwstawne), świadczące o pogłębianiu się spostrzegania społecznego: „wesoły, czasem smutny”, „może być dobry, a czasami może być zły, jak jakieś dziecko będzie niegrzeczne”.

W grupie dzieci 13-letnich zmienia się odbiór tego pytania. Dzieci rozumieją je przede wszystkim jako pytanie o cechy, właściwości ludzi starych. Wyraźnie wzrasta liczba odpowiedzi podkreślających cechy pozytywne (dobry, miły, mądry), równocześnie w istotny sposób rośnie liczba cech negatywnych przypisywanych ludziom starym. Są to na ogół cechy zaobserwowane u osób bliskich, być może również komentowane przez innych członków rodziny. Utrudniają one codzienne kontakty w rodzinie i są nie mile dla coraz bardziej samodzielnych i czujących się dorosłe dzieci: nerwowy, dokuczliwy, zrzędlivy, niecierpliwy. Wymieszane z cechami pozytywnymi pojawiają się niekiedy cechy drastyczne: „spokojny, nerwowy, miły, nienawidzący dzieci”. Za takim opisem człowieka starego kryją się z pewnością przykre, może traumatyczne doświadczenia rodzinne dziecka.

W odróżnieniu od dzieci młodszych, znacznie więcej jest w odpowiedziach cech dwumiennych, odnoszących się albo do zmienności nastroju lub zachowania konkretnej osoby, albo będące próbą tworzenia sądów ogólnych, dotyczących złożonej natury człowieka starego: „zrzędlivy lub miły”, „czasami nerwowy, dokuczliwy, nie zawsze”, „nudny, miły, zrzędlivy, zależy od człowieka”, „różni – opiekuńczy, zrzędlivy”.

Kolejne pytanie odnosiło się wyraźnie do oceny starości. Brzmiało ono: „Czy dobrze jest być starym?” (tab. 7). W odpowiedziach pozytywnych, których było niewiele, dzieci z obu grup podkreślały takie pozytywne cechy starości jak spokój, wolny czas, brak obowiązków związanych z pracą lub nauką szkolną. Odpowiadając negatywnie dzieci młodsze szukały najczęściej przykładów aktywności, która jest już w tym wieku niemożliwa lub utrudniona: „mniej się może, to jest nudne”, „nie można biegać”, „nie można się schylać, nie można się bawić”. Jedna czwarta grupy zwraca się ku przyszłości uzasadniając negatywną odpowiedź perspektywą śmierci, coraz częstszymi chorobami, pobytem w szpitalu, które są przykre i niosą ze sobą liczne ograniczenia. Wśród odpowiedzi pojawiają się także przykłady indy-

Tabela 7. Czy dobrze jest być starym?
(dane w procentach)*

Odpowiedź \ Wiek	6 lat	13 lat
Dobrze	15,0	19,0
Niedobrze (uzasadnienie „nie można robić...”)	46,7	26,2
Niedobrze (kres życia, umieranie)	26,7	21,4
Niedobrze (inne cechy)	–	30,9
Dobrze/niedobrze	5,0	7,1
Nie wiem	8,3	2,4
Niedobrze (bez uzasadnienia)	–	11,9

* Dzieci podawały często więcej niż jedną odpowiedź.

widualnych, własnych refleksji dzieci, będące dla nas informacją o typie wychowania lub problemach osób najbliższych dziecku: „moja babcia chciała być młoda. Chciała być zawsze młoda. Pan Bóg tak zrobił, że tak się nie da już”, „Dobrze. Bo jak się umrze to się zaczyna nowe życie. Bo tata mi tak powiedział, że tak jest”.

U dzieci starszych poza odpowiedziami występującymi już u 6-latków pojawiają się stwierdzenia ogólne, odnoszące się do większych grup ludzi i świadczące zarówno o większej spostrzegawczości, jak i postawie refleksyjnej: „Nie, ponieważ człowiek w podeszłym wieku może dużo chorować, można być odrzuconym przez rodzinę”. Jeszcze wyraźniej ujawnia się ta postawa w próbach spojrzenia z różnych punktów widzenia, kiedy autor wypowiedzi wyraża swoją opinię, poszukując pozytywnych i negatywnych cech starości i starając się przedstawić w miarę obiektywny jej obraz: „Tak, ponieważ można spokojnie żyć lub nie, bo męczą go choroby i łatwo łamie kości”, „Zależy, z której strony patrzeć. Tak – przychodzą wnuki. Nie – najczęściej jest to końcówka życia”, „Są dobre i złe rzeczy w byciu starym. Złe – straciło się swoją młodość. Dobre – ma się święty spokój”.

Dzieciom z obu grup zadawano na koniec pytanie: „Czy ludzie lubią ludzi starych?”. Do dzieci starszych dodatkowo kierowano prośbę o wypowiedź ogólniejszą: „Jaki jest stosunek społeczeństwa do ludzi starych?”.

Na pytanie 8 (tab. 8) dzieci młodsze udzielają często odpowiedzi ogólnikowych i w jakiejś mierze bezkrytycznych, stwierdzając iż np.: „Lubią, bo człowiek musi lubić wszystkich ludzi”, „Tak, bo są dobrzy”. Najczęściej jed-

Tabela 8. Czy ludzie lubią ludzi starych?
(dane w procentach)

Odpowiedź \ Wiek	6 lat	13 lat
Tak – wszystkich	51,7	–
Tak – bliskich	23,3	7,1
Tak – niektórych	–	47,6
Nie	3,3	19,0
Czasem	21,7	19,0
Nie wiem	–	2,4
Inne	–	2,4

nak dodają uzasadnienie wskazujące na silny egocentryzm i konkretyzację, powołując się na znane sobie z doświadczenia sytuacje i pozytywne stosunki emocjonalne w rodzinie: „Lubią, bo np. ja byłem dzieckiem a tata ojcem. Stary tata – i tak bym go kochał. Dlatego, że jest moim tatą”, „No lubią, no bo mój dziadziuś lubi babcię. Ja lubię moją babcię”, „Niektórych ludzi kochają nawet. Ktoś ma babcię i pomaga jej przejść przez drogę”.

W nielicznych odpowiedziach pojawiają się próby kategoryzacji ludzi i uogólnienia opisywanych relacji na całe pokolenie: „Jeśli chodzi o babcię i dziadka to lubią ich ludzie. Bo dziadek i babcia są ich rodzicami”.

Całkowicie różne są odpowiedzi dzieci 13-letnich. Dzieci wyraźnie dzielą ludzi starych na pewne kategorie i stosunek do nich uzależniają albo od właściwości i postaw ludzi młodych, albo od zachowań i właściwości ludzi starych. Ujawniają się w tych odpowiedziach własne, rodzinne obserwacje i doświadczenia dzieci. Poziom rozwoju myślenia pozwala na relatywizowanie postaw i wskazywanie wyjątków od opisywanych przez siebie prawidłowości. Na przykład: „Nie wszyscy, bo myślą, że to tylko ciężar, a niektórzy kochają swoich dziadków i babcię”, „Raczej nie, chyba że to jest matka (ludzie starzy są Niemili raczej)”, „Ludzie kochają takich ludzi, ale niektórzy nienawidzą”, „Czasem tak, czasem nie, dlatego że ludzie mają różne charaktery”.

Najbardziej istotną różnicą rozwojową jest wzrost liczby odpowiedzi wskazujących na negatywne postawy wobec ludzi starych i różnicowanie postaw w zależności od czynników sytuacyjnych lub wewnętrznych (psychicznych).

Tabela 9. Stosunek społeczeństwa do ludzi starych
(dane w procentach)

Odpowiedź	Wiek	13 lat
Emocje negatywne		21,4
Postawy negatywne		26,2
Postawy pozytywne		19,0
Emocje pozytywne		4,8
Obojętny		2,4
Pozytywny / negatywny		26,2
Brak odpowiedzi, nie wiem		11,9

Odpowiadając na ostatnie pytanie (Tab. 9), w którym należało określić stosunek społeczeństwa do ludzi starych dzieci, 13-letnie ujawniają wyraźny wzrost spostrzegawczości i dużą znajomość realiów społecznych, podając przykłady całej gamy zachowań i postaw wobec ludzi starych. Spotykamy wypowiedzi: „Życzliwy, miły”, „Niektórzy są życzliwi, a innych w ogóle nie obchodzą. Niektórzy są czasem nieuprzejmi”, „Nie szanują takich ludzi”, „Stosunek raczej niechętny, nie myśli się o nich”, aż do wypowiedzi: „Litość, pobłażliwość, opiekują się nimi lub brzydzą”, „Zły, nie pomagają im, jak się wywrócą na chodniku patrzą na nich lewym okiem”.

Jedna z dziewczynek wyraźnie ocenia postawy społeczne: „Większość ludzi przechodzi obok nich obojętnie, ale tak nie powinno być”.

Dzieci są coraz bardziej świadome złożoności natury ludzkiej, a także różnorodności cech, właściwości i zachowań poznawanych przez siebie ludzi. Stopniowo zaczynają również ujawniać swój stosunek do komentowanych problemów.

Warto zauważyć, że stosunek dzieci 6-letnich do ludzi starych jest pozytywny. Widzą one ludzi starych przez pryzmat doświadczeń rodzinnych. Dzieci te mają na ogół jeszcze stosunkowo młodych dziadków, którzy nawet nie mieszkając razem opiekują się nimi, przyprowadzają z przedszkola, chodzą na spacer, opowiadają ciekawe historie. Całkowicie odmienny stosunek 13-latków do człowieka starego wiąże się być może z brakiem sprawiającego satysfakcję obcowania z już znacznie mniej sprawnymi dziadkami, a także z przyswajaniem sobie negatywnych stereotypów starości, tak częstych w naszym społeczeństwie.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu wyniki uzyskano drogą sondażu diagnostycznego, który pozwolił na potwierdzenie różnic w odbio-

rze starości przez dzieci w stadium egocentryzmu i dzieci w stadium spostrzegania zintegrowanego. Można zauważyć, że spostrzeganie egocentryczne nie wiąże się z odrzuceniem starości, a spostrzeganie w trzecim stadium nie jest jeszcze w pełni zintegrowane i niezmiennie.

Sądzimy, że zasadne jest prowadzenie badań nad spostrzeganiem społecznym starości w szerszym zakresie, z uwzględnieniem wielu zmiennych, np. środowiskowych, płci, wykształcenia rodziców, typu edukacji i innych.

PIŚMIENNICTWO

- Białecka-Pikul M., 2002, *Co dzieci wiedzą o umyśle i myśleniu*, Wyd. UJ, Kraków.
- Matczak A., 2003, *Zarys psychologii rozwoju*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), 2000, *Psychologia rozwoju człowieka*. Tom 2, Wyd. PWN, Warszawa.
- Schaffer H..R., 1994, *Epizody wspólnego zaangażowania jako kontekst rozwoju poznawczego*, [w:] A. Brzezińska, G. Lutomski (red.), *Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Skarżyńska K., 1981, *Spostrzeganie ludzi*, PWN, Warszawa.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., 1995, *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa.

IZABELA KOPANISZYN

POLA POZNANIA W GERONTOLOGII INTEGRALNEJ

WSTĘP

Celem mojej wypowiedzi jest szkic na temat możliwości i ograniczeń w samorealizacji oraz czynników jakości relacji interpersonalnych osób starszych w zmieniających się strukturach społecznych świata ponowoczesnego – z zastosowaniem metodologii integralnej.

Dlatego koncentruję się na wybranych, najważniejszych *obszarach starości*, będących zarazem *polami poznania* w gerontologii integralnej.

Rozwój indywidualnej i kolektywnej świadomości, obejmujący możliwie wiele sfer życia człowieka, jest jednym z kluczowych zagadnień rzeczywistości ponowoczesnej. Badania psychologów rozwojowych pokazują, że w kręgu zachodniej cywilizacji stale rośnie liczba osób zainteresowanych możliwościami eksploracji własnych potencjałów rozwojowych. Także teoretyków, w tym gerontologów, coraz częściej zajmuje problem wykorzystania warunków zewnętrznych w połączeniu z zasobami intrapsychicznymi w celu dalszego rozwoju dojrzałej jednostki ludzkiej.

Przyszło nam żyć w przeklętych przez Konfucjusza, *ciekawych czasach*. Jednocześnie należymy do szczęśliwej mniejszości w skali świata cierpiącego głód, skazanego na łamanie podstawowych praw ludzkich. Warunki bytowe i polityczne, oraz indywidualna świadomość, **pozwalają nam dziś martwić się jakością przeżywanej starości.**

Tym, co skutecznie i intensywnie przyczyniło się przez ostatnie dekadę do rozumienia fenomenu starości i opisanie możliwości rozwojowych ludzi w podeszłym wieku, były, obok medycyny, antropologii i biochemii – także studia kulturowe, filozofia postmodernizmu, jak też psychologia humanistyczna i wyrosła z niej – psychologia transpersonalna¹.

Wiedza zdobyta w każdej z tych dziedzin może i powinna być zastosowana w szerszym kontekście nauki o starości – w gerontologii.

¹ Psychologia transpersonalna jest – z definicji – nauką o okresie życia człowieka od późnej dojrzałości do śmierci (z procesem umierania łącznie).

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W GERONTOLOGII

Gerontologia jest, moim zdaniem, obszarem badań szczególnie predysponowanym do tego, aby być nauką **integralną**. Powinna stanowić podstawowy dział nauk o indywidualnych i kolektywnych potencjałach rozwoju świadomości człowieka i możliwościach ich realizacji. Taki „los” wyznacza zresztą gerontologii historia nauk rozwojowych.

Pojęcie integralności powinno zaistnieć w języku wszystkich nauk, których celem jest nie redukcjonistyczne, interdyscyplinarne badanie dostępnej analizie rzeczywistości. Poniższą definicję, zmodyfikowaną, przytaczam za Frankiem Visserem [Visser 2002]. **Integralny** znaczy – **wszechstronny, pojemny, nie lekceważący, wszechobejmujący**. Integralne podejście, zastosowane w dowolnej dziedzinie, ma na celu uwzględnienie jak największej liczby punktów widzenia, stylów i metodologii w spójnym ujęciu danego tematu. Integralne podejście jest czymś w rodzaju meta-paradygmatu. Jest sposobem łączenia wielu istniejących, odrębnych paradygmatów w sieć wzajemnie wzbogacających się elementów. Integralne podejście jest próbą sklasyfikowania w kategoriach konceptualnych jak najszerzego spektrum dostępnej rzeczywistości.

Integralność nierozłącznie wiąże się też z interdyscyplinarnością. Jeden z twórców integralnej metodologii, Ken Wilber, powiedział: „*Studiowanie psychologii nieuchronnie prowadzi do socjologii, która nieuchronnie prowadzi do antropologii, ta zaś prowadzi do filozofii. A wtedy w dziwny, osobliwy sposób dochodzimy do polityki*” [Wilber 2000, s. 55].

Uważam, że dla gerontologii niezwykle owocna może się okazać analiza poszczególnych czynników tej interdyscyplinarnej zależności:

1. Psychoterapia próbuje określić, dlaczego ludzie są nieszczęśliwi. *Psychologia starości* pomoże określić optymalne warunki sprzyjające tzw. dobrostanowi psychicznemu jednostki. Będzie pomocna gerontologii w zlokalizowaniu intrapsychicznych blokad, indywidualnych zaburzeń rozwojowych, ograniczających osobę starszą w jej samorealizacji.

2. Tu pojawia się pojęcie nieprzystosowania, *do czegoś*, a zatem kontekst społeczny. Należy rozważyć prawidłowości i patologie funkcjonowania społecznego. Tak oto gerontologia wkracza w obszar badań *socjologii*. Jak jednak ocenić własne społeczeństwo bez odwoływania się do szerszego kontekstu, pozwalającego na analizy porównawcze społeczeństw stworzonych przez inne kultury? Jaki był i jest stosunek innych kultur do starości i umierania?

3. Jeśli w zakresie poszukiwań nauk gerontologicznych znajdzie się aspekt historyczny lub globalny danego zjawiska, przyjdzie odwołać się do koncepcji i badań *antropologii*.

4. Kolejne pytanie, jakie pojawia się na tej drodze, to pytanie o wartości – jakie kryteria zastosujemy, żeby ocenić inne kultury? Jak wiadomo, obszernym zbiorem ludzkich przemyśleń na temat wartości dysponuje ak-

sjologia, jeden z działów filozofii. Korzystając z metod tej dziedziny nauki gerontologia będzie pytać na przykład: Czy darzyć starców szczególnym szacunkiem jako posiadających doświadczenie i wiedzę, czy też umieścić ich na marginesie społeczeństwa – w przytułkach, domach starców i hospicjach – jako jednostki nieproduktywne i nieprzydatne? Jeżeli zaś ocenimy wartości sprzyjające seniorom w danej kulturze, to trzeba nakreślić prognozy polityczne, które pozwolą jak największej liczbie osób mieć udział w tych wartościach.

5. Rolą integralnej gerontologii okazuje się zatem nieuchronnie także *polityka starości*. Gerontolodzy mogą i powinni brać czynny udział w tworzeniu ustaw i uczestniczyć w procesie legislacyjnym. Tym bardziej powinni się weń włączyć aktywni i świadomi seniorzy, w myśl zasady *nic o nas bez nas*.

Z badań i teorii wszystkich wymienionych dziedzin korzysta dziś gerontologia. Tym bardziej powinna czerpać z nich w swoich opisach gerontologia integralna, będąca, moim zdaniem, gerontologią przyszłości.

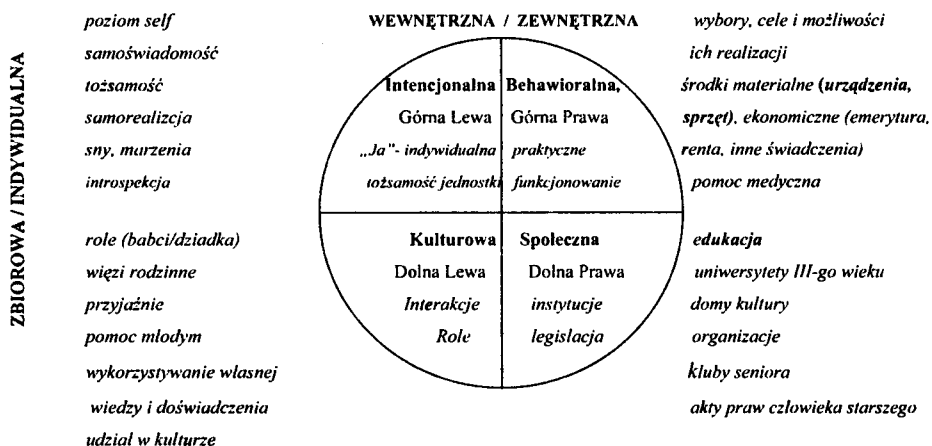
Poniżej omawiam i prezentuję w formie wykresów, jak może być zastosowany dla potrzeb integralnej gerontologii model czterech *pól poznania*. Terminu *pola poznania* po raz pierwszy używał jeden z twórców tego narzędzia badawczego – niemiecki ekonomista Ernst Schumacher [1977]. Przedstawił koncepcję czterech pól poznania, zgodnie z którą z wzrastającą złożonością ewolucyjną wzrasta stopień realności doświadczenia, podobnie głębia subiektywności i wewnętrznej wolności. W znacznie rozszerzonej koncepcji – autorstwa Kena Wilbera – model ten jest nazywany *metoda czterech ćwiartek*. Cztery ćwiartki stanowią z kolei jedną z dwu części metody AQAL.

Całość koncepcji to opis wszystkich ćwiartek, wszystkich poziomów. Nazwa AQAL pochodzi z angielskiego *all quadrants, all levels*. AQAL jest podstawowym narzędziem badawczym we wszystkich ujęciach integralnych. Pozwala na badanie całości dostępnej poznaniu rzeczywistości, tj. zarówno jej aspektów horyzontalnych, jak i wertykalnych. Posługując się tą metodą stosujemy jednocześnie heterarchię i holarchię, nie uprzywilejowując żadnej z nich.

POLA POZNANIA GERONTOLOGII INTEGRALNEJ (ASPEKT HORYZONTALNY AQAL)

Cztery ćwiartki reprezentują cztery różne sposoby poznawania świata. Jest to model na tyle uniwersalny, że znajduje zastosowanie tak do opisu zjawisk społecznych, jak aspektów bycia-w-świecie jednostki (osobowości), czy mikrozjawisk, takich jak decyzja czy postawa.

Owe pola poznania dostępne są zarówno codziennemu doświadczeniu jak naukowemu poznaniu. Cztery ćwiartki są wyznaczone przez dwie osie: wewnętrzną/ zewnętrzną oraz zbiorową/ indywidualną:



Rys. 1. Cztery ćwiartki poznania wg Kena Wilbera. Zastosowanie w gerontologii (opracowanie: I. Kopaniszyn)

Rysunek 1. pokazuje, jak schemat ten pozwala konstruktywnie odzielić obszary życia osoby starszej, co w efekcie – zastosowane w praktyce życia codziennego – prowadzi do bardziej satysfakcjonującego, wszechstronnego funkcjonowania, jak też większej świadomości podejmowanych wyborów.

Najważniejszą refleksją, jaka się pojawia w kontekście rozważań nad potrzebami człowieka w podeszłym wieku – w świetle przedstawionych powyżej aspektów jego funkcjonowania – jest z pewnością większa niż u ludzi młodszych, **potrzeba korelacji** czynników opisywanych przez każdą z ćwiartek. Tutaj ze szczególną wrażliwością powinniśmy obserwować tę prawdę, że „jeśli zranimy którąś z ćwiartek, pozostałe będą krwawić” [Wilber, 2002].

Najzdrowszy umysłowo i emocjonalnie, najbardziej kreatywny starzec, który nie może się sprawnie poruszać i potrzebuje do tego odpowiedniego sprzętu (Górna Prawa), nie posiadając go – nie będzie w stanie realizować się ani w sferze relacji interpersonalnych (Dolna Lewa), ani też korzystać z ofert instytucji (Dolna Lewa), zaś wynikające z tego ograniczenia stres i samopoczucie odbije się na sferze samooceny, rodząc frustrację, a nawet wrogość wobec zdrowego otoczenia (Górna Prawa).

Oczywiście w bogatych, cywilizowanych społeczeństwach bywa i tak, że opieka nad seniorami koncentruje się wyłącznie na aspektach „prawostronnych”, co z kolei prowadzi do medykalizacji² i instytucjonalizacji życia

² Przy okazji uwaga dotycząca medycyny, dziedziny jakże bliskiej gerontologii. Bez postępu w medycynie nie miałyby miejsce tak znaczne wydłużenie ludzkiego życia i wzrost populacji osób starszych, nie mówiąc o przesuwającej się coraz dalej granicy

poszczególnych jednostek. W tej sytuacji tracimy: podmiotowość, intymność, samotność, autorefleksję a także więzi rodzinne i zdolność autonomicznych wyborów.

Reasumując, nie dopuszczając do ignorowania którejkolwiek z ćwiartek – zwiększamy skuteczność działań w każdej sferze życia osoby starszej. Zwiększamy także szanse powodzenia interwencji medycznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej, jak też działań edukacyjnych. Zastosowanie metody czterech ćwiartek pozwala efektywnie **dodać życia** **dodanym do życia latom**.

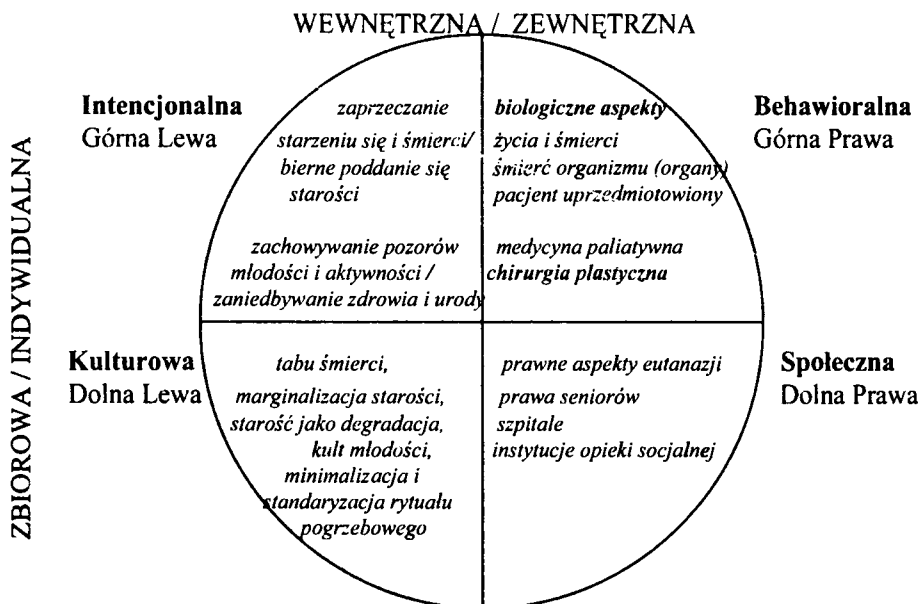
Oto inny przykład. Poniżej (na s. 102) pokazuję umiejscowienie czterech ćwiartek zastosowane dla naszkicowania schematu ukazującego miejsce starzenia się i śmierci w typowych wzorcach kultury zachodnich, ponowoczesnych społeczeństw.

Nietrudno zauważyć, że istnieją i ścierają się tu zasadniczo dwa, przeciwstawne poglądy, wyrażane w postawie poznawczego, emocjonalnego i wolicjonalnego dualizmu. Pierwszy pogląd – materialistyczny – ukazuje życie jako funkcję materii, w śmierci zaś każe upatrywać koniec jakiegokolwiek egzystencji. Prosta konsekwencją takiego podejścia jest: kulturowe przeciwstawianie życia – śmierci (pozytywne wartościowanie pierwszego, negatywne drugiego), jednostkowy hedonizm, redukcjonistyczny empiryzm naukowy. Drugi pogląd – spirytualistyczny – każe oddzielać duszę od ciała, samo ciało ukazując jako powłokę duszy lub jej więzienie. W konsekwencji człowiekowi Zachodu trudno doświadczać ciała i duszy jako jedności, czy jak chcą zarówno Wschodni jak Zachodni mistycy – jako zintegrowanej jedni, będącej domem Ducha. Konsekwencją jest z kolei poczucie grzeszności i marności własnej egzystencji, często w praktyce brak elementarnej wrażliwości na potrzeby ciała, zaniedbywanie tego, co i tak w proch się obróci.

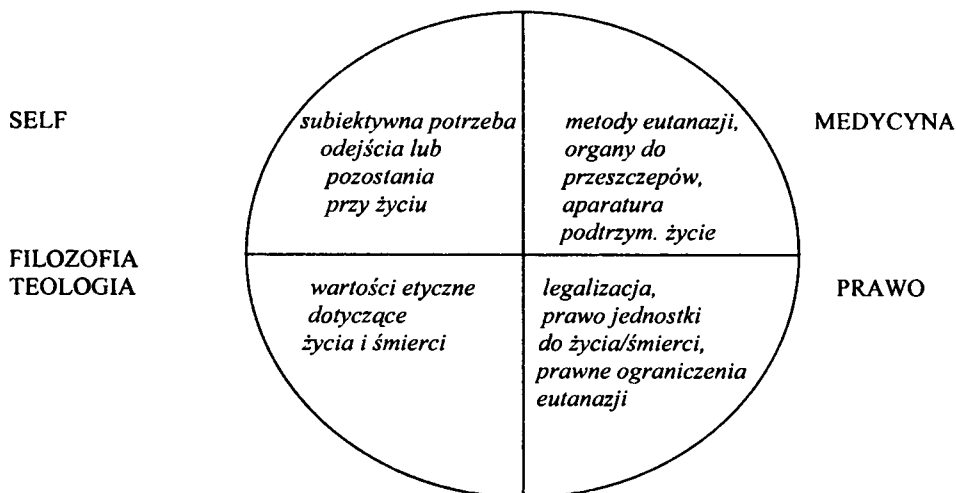
Ujęcia materialistyczne koncentrują się na prawostronnych, zaś spirytualistyczne, na lewostronnych aspektach *czterech ćwiartek*. Przejawy owego dualizmu można obserwować w charakterystycznym **kulturowym i indywidualnym napięciu**, jakie pojawia się w związku ze śmiercią i starością (zwłaszcza własną) w reakcji społeczeństw i jednostek *zanurzonych* w zachodnim newtonowsko – kartezjańskim paradygmacie.

Ujęcie integralne jest wyrazem dążenia do integracji leworęcznych (wartościujących) i praworęcznych (deskryptywnych) definicji starości i umierania. Jest tym samym próbą zmniejszenia napięcia, o którym mowa. Tak w wewnętrznej przestrzeni psychicznej i duchowej jednostek, jak w obszarze intersubiektywnego kulturowego porozumienia.

wiekowej tzw. „starości”. W medycynie integralnej mamy do czynienia z połączeniem trzech istotnych czynników: 1) pacjenta jako podmiotu (stosuje głównie medycyna niekonwencjonalna), 2) pacjenta jako przedmiotu zmiany, jako organizmu (stosuje głównie medycyna konwencjonalna), 3) lekarza jako podmiotu interakcji (medycyna integralna).



Rys. 2. Miejsce starzenia się i śmierci w kulturze zachodnich społeczeństw na podstawie metody czterech ćwiartek Wilbera (opracowanie: I. Kopaniszyn)



Rys. 3. Eutanazja w metodologicznym ujęciu czterech ćwiartek wg Wilbera (opracowanie: I. Kopaniszyn)

Także, niełatwo poddający się uogólnionym odpowiedziom (tak lub nie), problem eutanazji, łatwiej będzie rozważać, jeżeli dokonamy klasyfikacji poszczególnych związanych z nim kwestii zgodnie z zasadą czterech pól poznania. Tym samym wyodrębnić należy cztery podstawowe obszary, z których będziemy czerpać analizując wybrane zagadnienie eutanazji.

SZKIC ASPEKTÓW WERTYKALNYCH ĆWIARTKI INTENCJONALNEJ (JA)

W każdej z czterech ćwiartek można prześledzić także jej wymiar wertykalny, inaczej mówiąc: proces ewolucji jej głębi. Proces ten ma charakter holarchii. Kolejne stopnie zawierają bowiem i przekraczają poprzednie.

Trudno dziś omawiać zagadnienia związane z etapami rozwoju dziecka (tj. etapami od perinatalnego do ok. 12. roku życia – inaczej od tzw. fazy nieodróżnicowanej matrycy do fazy myślenia formalnooperacyjnego) nie powołując się na badania Piageta, Kohlberga czy Ericksona [Wilber, 2003]. Nie sposób też nie odwołać się do stworzonych przez nich teorii przy omawianiu obszarów funkcjonowania ludzi w podeszłym wieku.

Psychologowie rozwojowi wyróżnili i opisali precyzyjnie stopnie, które ma do pokonania *self*³, zanim stanie się zdolne do przyjmowania ról, konwencyjnej moralności i socjocentrycznego światopoglądu. W świetle tych badań nie ulega wątpliwości, że dla zdobycia pewnych umiejętności (tak poznawczych jak moralnych, czy twórczych) niezbędne jest osiągnięcie przez jednostkę określonego wieku.

Wilber zebrał modele ukazujące różne wersje *drabiny* i przedstawił *ewolucję świadomości* (czyli min. rozwój osobowy jednostki) w postaci tzw. **holarchii urzeczywistnienia**⁴. Podstawą każdej holarchii jest arystotelesowska zasada mówiąca, że **całość jest większa niż suma jej części**. Holarchia oznacza każdy zbiór rzeczy lub procesów, które są holonami (całościami/częściami), z których jedno zawiera i przekracza drugie, zgodnie z *zasadą wzrastającej złożoności*.

Holarchią urzeczywistnienia będzie taki porządek narastającej całości, w którym świadomość samotranscendując przemierza kolejne stopnie

³ Termin *self* nie jest prostym odpowiednikiem „ja”, gdyż występuje w trzech osobach: w I os. – jako *poczucie siebie* („ja”), w III os. – jako *system self* („to”), w I os. liczby mnogiej – jako *dialektyczne, intersubiektywne zdarzenia* („my”). Można też mówić o *dalszym „ja”*, które przez *najbliższe podmiotowe „ja”* będące na wyższym stopniu jest postrzegane jako „to” – *przedmiot*. Każdy *podmiot* z jednego etapu staje się *przedmiotem* na następnym etapie (za Whiteheadem)]. Jedną z najważniejszych funkcji pełni *self* jako *ośrodek integracji oraz metabolizmu doświadczeń* (w znaczeniu *budowania struktury*).

⁴ Termin *holarchia* pochodzi od wyrazu *holon* – obydwo po raz pierwszy użył Arthur Koestler. Holonem Koestler nazwał taki byt, który sam jest całością i jednocześnie stanowi część większej całości.

rozwoju. Każdy kolejny etap w rozwoju – psychologicznym jednostki, biologicznym organizmu, systemowym społeczeństwa, poznawczym idei – przekracza i włącza poprzednie, integrując je w całość.

Ta sama integracyjna zdolność *self*, tutaj analizowana w obszarze Górnej Lewej ćwiartki, jest podstawowym czynnikiem formowania spójnej osobowości. Poniższy wykres przedstawia poszczególne poziomy wchodzącego po drabinie rozwoju *self* jako *fulcrum* – 1, 2, 3 itd.

Na interesujący nas okres życia – starość – zwykle przypadają etapy od *fulcrum* 5 wzwyż⁵.



Rys 4. Podstawowe struktury świadomości [za: Wilber 1997, s. 169]

Można powiedzieć, że potencjalnie każda dorosła osoba rozwinęła zdolności myślenia formalnooperacyjnego (poziomu tzw. *formopu*⁶). Jednak, jak ukazują badacze humanistyczni i transpersonalni (Maslow, Gebser, Aurobindo, Graves, Dewey, Wilber, Beck i inni), nie jest to kres ludzkich możliwości [Vedfeld, 2001]. Bowiem od poziomu *formopu* *self* wędruje po *dra-*

⁵ Oczywiście, przy takim dostępie do informacji, jakim dysponują dziś ponowoczesne społeczeństwa, oraz biorąc pod uwagę bogate doświadczenie życiowe młodych ludzi, a także dostępne im możliwości rozwoju psychicznego i duchowego, nie ulega wątpliwości, że rozwój osobowy często zostaje przyspieszony i osiągnięcie wyższych (postformalnych) stopni nie wymaga sztywno określonego wieku (pomijając lata dziecięce, czego dowiodły badania Piageta). Jednakże również faktem pozostaje, że niewielu młodych ludzi podejmuje świadomą decyzję o wyborze określonej praktyki duchowej (jak kontemplacja czy medytacja). Ogół społeczeństwa w fazie produkcyjnej jest zwykle bardziej zajęty sprawą kariery zawodowej, gromadzenia dóbr i wychowywania potomstwa.

⁶ Skrót *formop* używam za Wilberem. Jest on stosowany także przez innych autorów.

binie rozwoju – w stronę wieloperspektywicznej, altruistycznej, wszechobejmującej świadomości, zwanej Duchem lub Bogiem⁷. „Ewolucja (i jednostka – przyp. aut.) zmierza do punktu Omega”, można powiedzieć słowami Theilarda de Chardin [za: Huxley, 1989, s. 38]. Jeśli Kosmos ma sens, nasze jednostkowe życie też musi go mieć. Takie jest też jedno z podstawowych założeń psychologii transpersonalnej.

Self, dopiero po zbudowaniu odpowiednich struktur: czuciowo-fizycznej, obrazowo-emocjonalnej, umysłu rep, konop i formop – staje się zdolne do operowania strukturą formalno-refleksyjną, zastępującą zasady: bezpieczeństwa i przynależności, zasadą poczucia własnej godności, zastępującą osobowość nastawioną na samoobronę i konformizm niekonformistyczną, indywidualistyczną osobowością i postkonwencjonalną moralnością⁸.

Potencjalnie wszystkie poziomy, rozumiane jako uniwersalne *matryce morfogenetyczne*, są dostępne każdej normalnie rozwijającej się, wykształconej⁹ jednostce ludzkiej. Jednakże do wieku około 21 lat powstaje umysł logiczny (formalnooperacyjny), niezbędny do poznawania kolejnych nowych perspektyw i wtedy wiele osób zatrzymuje się w swoim całościowym rozwoju. Dlaczego? Ponieważ rozwój poznawczy zazwyczaj wyprzedza rozwój w innych liniach, takich jak moralności, tożsamości czy perspektyw. Jest więc niezbędny ale **niewystarczający**. Osoba może być np. świetnym teoretykiem systemowym (F- 6 w linii poznawczej) a jednocześnie dysponować moralnością z poziomu F-4 (konwencjonalne self) a nawet F-4 (naiwny hedonizm). **Ontogenetyczny rozwój do formopu jest powszechnie zagwarantowany z powodu filogenetycznej ewolucji do tego punk-**

⁷ Przez **Ducha** (Boga) rozumiem, za Whiteheadem *podstawową kreatywność*. Integralne rozumienie ewolucji definiuje ją jako proces wykraczania poza dotychczasowe granice w stronę bardziej uniwersalnych i integrujących struktur. Zakłada (zresztą zgodnie z poglądami samego Darwina na ten temat) obecność Ducha w samym procesie. „Duch” rozumiany jest jako przyczyna (i znaczenie zarazem) procesu „samorealizacji poprzez samotranscendencję” (za Erichem Jantsh'em) działająca w miejsce *naturalnej selekcji i przypadkowych mutacji*. Pęd do samotranscendencji jest przyczyną powstawania życia z materii i umysłu z życia. Jest to rozumienie zgodne z koncepcjami *ewolucji kwantowej*.

⁸ Z badań przeprowadzonych przez Dona Becka i Christophera Cowana wynika, że obecnie jakieś 40% ogółu populacji na całym świecie osiąga etap F-4, tj. konformistyczno-konwencjonalnego self. Fulcrum 5 dysponuje jakieś 30% dorosłej populacji, a F-6, poziom wizji-logiki, związany z światocentryczną świadomością i realizowaną potrzebą samorealizacji osiąga ok. 10% dorosłej populacji. Pozostałe: F-7, F-8, F-9 – etapy transpersonalne, czyli tzw. „myślenie drugiej warstwy” dotyczą razem tylko ok. 1% ludzi (co i tak daje jakieś kilkadziesiąt milionów).

⁹ Warto także nadmienić, że feministyczna badaczka Mary Daly, w pracy *Gyn / Ecology*, łączy odrzucanie śmierci i starości przez naszą kulturę z obecnością w niej patriarchatu. Powiada: (...) co do *starej* – to *uprzedzenia wobec wieku ludzi są cechą fallicznego społeczeństwa*. Dla tych, którzy *przewartościowali to uprzedzenie*, *stara jest przykładem siły, odwagi, mądrości*. Każdy faktor wymagałby oddzielnego omówienia. Nie pozwalają na to ramy objętościowe niniejszej pracy.

tu [Wilber 2000]. To, czy i kiedy następuje dalszy rozwój zależne jest od czynników występujących we wszystkich czterech ćwiartkach.

Starość należy w tym świetle rozumieć jako część procesu rozwojowego, którego początek stanowi samorealizacja. Według Masłowa [1990] osoby samorealizujące się charakteryzują się następującymi cechami: akceptowanie siebie, innych i przyrody, poczucie identyfikacji ze wszystkimi istotami, chęć niesienia pomocy innym ludziom, dążenie do autonomii, niezależności od kultury, środowiska, autonomiczny system etyczny, ochranianie sfery prywatności, spontaniczność, prostota i naturalność w zachowaniu, umiejętność koncentrowania się na problemie, opieranie się próbom indoktrynacji, rozróżnianie środków i celów, dobra i zła, demokratyczna struktura charakteru, ciągła świeżość ocen, niezłośliwe poczucie humoru, wielkie zdolności twórcze, wyrastanie ponad swoje środowisko. Dodatkową cechą tych osób – tu wkraczamy w etapy poza-samorealizacją, transpersonalne – jest obecność doświadczeń mistycznych. Masłow nazwał je doświadczeniami szczytowymi (ang. *peak-experiences*). Doświadczenia te cechuje: poczucie całości i integracji, poczucie bezosobowego zjednoczenia ze światem, spontaniczność, odczucie pełni istnienia „tu i teraz”, wrażenie doznawania ich bez wysiłku. Przeżywający je ludzie czują się motywowani bardziej wewnętrznie, pełniej funkcjonujący, bardziej twórczy. Również zewnętrzni, obiektywni obserwatorzy spostrzegają ich częściej w taki sposób. Doświadczenia szczytowe mają moc wprowadzania głębokich zmian w życiu ludzi, u których występują [Wulff, 1999]. Peak-experience jest także miejscem spotkania osób każdego wyznania.

ZAKOŃCZENIE

Opisy potencjałów, jakimi dysponuje dojrzałe self ukazują bardzo interesującą, wręcz zachwycającą perspektywę możliwej starości. Mimo to – jak zostało powiedziane – większość jednostek w społeczeństwach cywilizacji zachodniej poprzestaje na rozwoju silnych struktur ego. Podsumowując całość rozważań można przyrzeć się przebiegowi tego procesu we wszystkich czterech ćwiartkach. Wówczas zauważymy co następuje:

1. **Górna Lewa GL – intencjonalna.** Za każdym razem, gdy self utożsamia się z określonym poziomem świadomości – *utrata tego poziomu doświadczana jest jako śmierć*. I też jest śmiercią w tym sensie, że życie self w tym momencie jest utożsamione z danym poziomem. *Porzucenie utożsamienia powoduje, że podmiot z poprzedniego poziomu teraz ma stać się przedmiotem*. Ta śmierć utożsamień i pojawianie się nowych self trwa aż do czasu, gdy wreszcie śmierć samego self zostanie zaakceptowana.

2. **Górna Prawa GP – behawioralna.** W świetle najnowszych badań gerontologicznych [Szarota 1998] w tym obszarze nie występują poważniejsze przeszkody w rozwoju (jeśli wykluczyć patologie takie jak choroba Alzheimera). Mózg ludzki, mimo upływu lat, wykazuje zdumiewają-

ca zdolność akomodacji i przetwarzania danych, kompensując przeciętnie słabszą pamięć płynną zdolnościami operacyjnymi pamięci skryształizowanej. *Inteligencja nie ulega obniżeniu.*

3. Dolna Lewa DL – kulturowa. I tworzona przez nią – **4: Dolna Prawa DP – społeczna.** Tu można moim zdaniem znaleźć dalsze czynniki związane z niewielką procentowo liczbą samorealizujących się seniorów, takie jak: kulturowe kolektywne zaprzeczanie śmierci, dyskryminacja starości, promowanie konsumpcji i materializmu, odrzucanie jakościowych rozróżnień i ogólna niechęć do duchowości, dychotomia i etykietyzowanie wartości: młodość/starość, aktywność/bierność, agresywny/uległy¹⁰.

Niniejsze rozważania postanowiłam zakończyć piękną definicją Miłości, do jakiej jest zdolne tylko dojrzałe, zrealizowane w pełni *self*, które w długiej, bolesnej podróży przez kolejne stopnie rozwoju, przekroczyło własne egocentryczne, socjocentryczne a nawet światocentryczne uwarunkowania. Umieściłam ją na szczycie wykresu Holarchii Urzeczywistnienia. Pochodzi od Bhagwara Shree Raineescha:

Kiedy osiągnięta zostaje taka możliwość, **możliwość życia beziluzyjnego, wtedy wyłania się inny wymiar miłości. Nie chodzi już o to, że jedna osoba cię potrzebuje.** Jest to dojdzie do zrozumienia, do zdania sobie sprawy z tego, że nie jesteś czymś odrębnym od owej egzystencji; miłość która zdaje się tchnąć taką obojętnością. Jesteś jej częścią, organicznie z nią związaną. I jeżeli kwitnie drzewo, nie jest to zjawisko od ciebie oddzielne. To ty zakwitłeś w drzewie, a drzewo zyskało w tobie świadomość. Morze, piasek i gwiazdy są z tobą jednością. Nie jesteś wyspą, jesteś organicznie związany ze wszechświatem. Cały wszechświat jest w tobie, a i ty sam jako całość zanurzony jesteś we wszechświecie i dopóki nie zdasz sobie z tego sprawy, nie osiągniesz tej miłości, która jest stanem ducha [Raineesch, 1989, s. 7].

Obyśmy wszyscy osiągnęli taki stan ducha w cudownych, końcowych latach naszego pobytu na Planecie Ziemi, zajęci stwarzaniem jak największej głębi.

PIŚMIENNICTWO

- Fromm E., 1998, *Anatomia ludzkiej destrukcyjności*, Dom Wydawniczy REBIS, seria: Biblioteka Nowej Myśli, Poznań.
- Fromm E., 2002, *O sztuce miłości*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.
- Giddens A., 2002, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, seria: Biblioteka Socjologiczna, Warszawa.
- Grof S., 1999, *Poza mózg. Narodziny, śmierć i transcendencja w psychoterapii*, seria: Jeden Świat, Wydawnictwo A, Kraków.
- Huxley A., 1989, *Filozofia wieczysta*, Wyd. Pusty Obłok, Warszawa.
- Krishnamurti J., 1996, *Rozmowy z samym sobą*, seria: Spotkania z Mistrzem, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.

- Krishnamurti J., 1997, *Ty jesteś światem*, tłum. Jacek Kryg, Dom Wydawniczy REBIS, seria: Spotkania z Mistrzem, Poznań.
- Maslow Abraham H., 1986, *W stronę psychologii istnienia*, PAX, Warszawa.
- Ossowski S., 1999, *Interpretacje więzi społecznej*, [w:] M. Bocheńska-Seweryn, K. Kluźowa (wybór), *Elementy socjologii*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice.
- Piaget Jean, 1981, *Równoważenie struktur poznawczych: centralny problem rozwoju*, PWN, Warszawa.
- Raineesch Bhagwar Shree, 1989, *Miłość, joga, medytacja. Trzy stopnie do boskości*, [w:] *Gestalt. Kwartalnik Stowarzyszenia Psychologów Praktyków*, Kraków.
- Schumacher E.F., 1981, *Małe jest piękne. Spojrzenie na gospodarkę świata z założeniem, że człowiek coś znaczy*, PIN, Warszawa.
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
- Szarota Z., 1998, *Projekt kształcenia gerontologicznego*, „Edukacja Dorosłych” nr 3.
- Vedfeld Ole, 2001, *Poziomy świadomości. Poznaj potencjał swojego umysłu*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA, Warszawa.
- Visser Frank, 2003, *Ken Wilber. Pasja myślenia*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- Wilber K., 1997, *Krótką historia wszystkiego*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- Wilber K., 2002, *Jeden smak. Przemyślenia nad integralną duchowością*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- Wilber K., 2003, *Psychologia integralna. Świadomość, duch, psychologia, terapia*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- Wilowski Włodzimierz, 2000, *Zagadnienie życia i śmierci w wybranych poglądach filozoficznych i religijnych Zachodu i Wschodu*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Wiśniewska-Roszkowska K., 1989, *Starość jako zadanie*, IW PAX, Warszawa.
- Wulff David M., 1999, *Psychologia religii: klasyczna i współczesna*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- <http://www.issc-taste.org/index.shtml>, CharlesTart, 2003-10-17.

KRYSTYNA KLUZOWA, KRYSTYNA SLANY

OBRAZ POLSKIEJ STAROŚCI W ŚWIECIE WYNIKÓW NARODOWEGO SPISU POWSZECHNEGO 2002

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa polskiego budzi uzasadnione zainteresowanie wśród reprezentantów wielu dyscyplin naukowych. Jego wyrazem jest podejmowanie licznych badań nakierowanych na poznawanie różnych aspektów życia ludzi starych. Niebagatelna rola w eksplorowaniu problematyki starości przypada badaniom demograficznym, szczególnie tym, których wyniki stwarzają możliwość poszerzania obiektywnej wiedzy faktograficznej o strukturze populacji seniorów i warunkach ich życia. Taki właśnie charakter mają badania prowadzone w ramach powszechnych spisów ludności. Ostatni z nich odbył się w 2002 roku i przyniósł wielowymiarowe informacje o populacji ludzi starych w naszym kraju.

W niniejszym opracowaniu przedstawimy te z nich, które charakteryzują najważniejsze cechy strukturalne tej populacji. Stosując się do najczęściej przyjmowanej na rodzimym gruncie zasady określania zbiorowości ludzi starych w oparciu o kryterium biologiczne lub ekonomiczne (występującej także w publikacjach prezentujących wyniki ostatniego spisu), nasze analizy będziemy odnosić z reguły do osób wyróżnionych na podstawie kryterium biologicznego, tj. tych, które przekroczyły 60. rok życia, a w przypadku analizy źródeł utrzymania ludzi starych odwołamy się do kryterium ekonomicznego, zgodnie z którym, przy wyodrębnianiu ludności w wieku poprodukcyjnym, próg starości jest ustawiony na poziomie 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn.

Mając na uwadze fakt, że struktura ludzi starych i warunki ich życia różnią się w zależności od typu środowiska zamieszkania, przedstawimy analizowane zagadnienia nie tylko w ujęciu ogólnokrajowym, ale także w przekroju miasto-wieś.

W momencie przeprowadzania ostatniego spisu ludności w Polsce żyło 6 483 434 osób w wieku 60 i więcej lat, co stanowiło 17% ogółu ludności kraju. Odwołując się do klasycznych skal starości stosowanych w badaniach

demograficznych, jak np. skala ONZ¹ czy jednoczynnikowa skala Rosseta², można stwierdzić, że społeczeństwo polskie tkwi już głęboko w fazie starości demograficznej. Stan zaawansowania procesu starzenia się jest wyraźniejszy na wsi (odsetek seniorów wynosi tu 17,5%) niż w miastach, gdzie przedstawiciele tej zbiorowości stanowią 16,6% ogółu ludności miejskiej. O nasilaniu się procesu starzenia się ludności świadczy także fakt, że w porównaniu ze stanem odnotowanym przez spis ludności z 1988 roku udział ludzi starych wzrósł o ponad 16%.

Odsetek ludzi starych wykazuje pewne zróżnicowania w poszczególnych regionach kraju. W kilku województwach położonych w centralnej i wschodniej Polsce, takich jak: lubelskie, łódzkie, mazowieckie, podlaskie i świętokrzyskie jest on wyższy od średniej krajowej i przekracza 18%, natomiast w województwach północnych i zachodnich, jak: kujawsko-pomorskie, pomorskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie i warmińsko-mazurskie nie osiąga poziomu 16%.

Tabela 1. Współczynniki feminizacji w Polsce według wieku ludności (2002 r.)

Wiek ludności	Na 100 mężczyzn przypada kobiet		
	Ogółem	Miasta	Wieś
60–64	122,1	126,5	114,6
65–69	133,2	136,9	127,5
70–74	150,5	152,5	147,9
75–79	192,1	198,1	184,4
80–84	217,6	232,4	201,0
85–89	266,0	293,4	234,8
90–94	312,7	346,3	272,8
95–99	359,1	380,1	329,4
100 i więcej	372,7	386,8	348,7

Źródło: Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna 2002, Warszawa 2003, GUS, tab. 1. Obliczenia własne.

¹ Zgodnie ze skalą ONZ za społeczeństwo stare uznaje się takie, w którym odsetek osób w wieku 65 i więcej lat przekracza 7% ogółu ludności [Rosset 1967]. Według danych ze spisu 2002 odsetek ten wynosił w Polsce 12,6%.

² Zdaniem E. Rosseta [1967], społeczeństwo wkracza w fazę starości demograficznej wówczas, gdy odsetek ludzi w wieku 60 i więcej lat przekroczy 12% ogółu ludności.

W zbiorowości ludzi starych zdecydowanie przeważają kobiety. Ich udział znacząco rośnie w każdej kolejnej grupie wieku starszego i wyraźniej zaznacza się w miastach (por. tab.1). W najmłodszej grupie seniorów (60–64 lata) na 100 mężczyzn przypada 122,1 kobiet (w miastach 126,5, na wsi – 114,6), a w grupie stułatków aż 372,7 kobiety (w miastach 386,8, zaś na wsi – 348,7). Tak duże dysproporcje w udziale mężczyzn i kobiet należących do kategorii seniorów są spowodowane różnicami w przebiegu procesu umieralności w każdej z tych subpopulacji, a ściślej mówiąc, nadumieralnością mężczyzn.

Konsekwencje nadumieralności mężczyzn można dostrzec także podając analizie strukturę populacji seniorów według stanu cywilnego. W jej składzie uderza blisko czterokrotna przewaga ilościowa wdów nad wdowcami (por. tab. 2). Wśród starszych kobiet właśnie wdowy stanowią najliczniejszą kategorię – co druga z nich reprezentuje ten stan cywilny. Udział osób owdowiałych dynamicznie wzrasta wraz z wiekiem i wśród kobiet powyżej 80. roku życia wynosi aż 82,8%. Wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku spada natomiast sukcesywnie odsetek osób w stanie małżeńskim. Wśród reprezentantów tzw. czwartego wieku, tj. osób powyżej 80. roku życia nieco ponad połowa mężczyzn (57,8%) i tylko co dziesiąta kobieta pozostaje w tym stanie. Warto podkreślić, że formalno-prawna przynależność osób starszych do stanu małżeńskiego w zdecydowanej większości przypadków odzwierciedla stan faktyczny. Minimalny jest bowiem wśród nich udział tych, które nie zdecydowały się na formalny rozwód czy separację, ale na co dzień nie pozostają we wspólnocie ze swoim ślubnym małżonkiem czy małżonką³. Niewiele jest także osób rozwiedzionych (więcej wśród kobiet, co stanowi potwierdzenie ogólnej prawidłowości demograficznej), nie mówiąc już o separowanych, których liczba jest tak mała, że przy zastosowaniu przeliczeń procentowych nie przekracza poziomu 0,1%.

Interesujące wyniki przynosi analiza struktury seniorów pod względem poziomu wykształcenia (por. tab. 3). Potwierdza ona występowanie w tej zbiorowości kilku ogólniejszych prawidłowości, dostrzegalnych przy badaniu poziomu wykształcenia całego społeczeństwa. Po pierwsze, widoczne są różnice w poziomie wykształcenia mężczyzn i kobiet. Ci pierwsi, częściej niż kobiety legitymują się wykształceniem zasadniczym zawodowym, częściej też (co jeszcze do niedawna było ogólnospołeczną prawidłowością) mają ukończone studia wyższe. Kobiety natomiast częściej posiadają wykształcenie policealne i średnie, większy jest także ich udział wśród osób najniżej wykształconych. Ten ostatni fakt odzwierciedla charakterystyczną dla przeszłości postawę wobec kształcenia dzieci, zgodnie z którą dziew-

³ W nomenklaturze spisowej osoby te, posiadające status prawny „zameżna/żonaty”, określane są mianem „niepozostających w związku małżeńskim”.

Tabela 2. Ludność Polski w wieku 60 i więcej lat według wieku i stanu cywilnego prawnego w 2002 r. (w %)

Stan cywilny	Ogółem		Miasta		Wieś	
	M	K	M	K	M	K
Kawaler/panna	3,7	4,9	3,1	5,4	3,8	4,1
Żonaty/zamężna	79,3	40,6	79,2	39,8	79,4	41,9
w tym:						
– Pozostający w związku małżeńskim	78,3	40,6	78,2	39,4	78,6	41,3
– Niepozostający w związku małżeńskim	1,0	0,6	1,0	0,4	0,8	0,6
Wdowiec/wdowa	13,2	50,4	12,9	48,9	14,5	52,8
Rozwiedziony/rozwiedziona	3,0	3,5	4,0	5,0	1,3	0,9
Separowany/separowana	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Nieustalony	0,7	0,6	0,7	0,9	1,0	0,3

Legenda: M – mężczyzna, K – kobieta

Źródło: Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna 2002, Warszawa 2003, GUS, s. 128 i nn. Obliczenia własne.

czętom „wystarczało” nabycie tylko najbardziej elementarnych podstaw edukacyjnych. Efekt tej postawy jest wyraźnie widoczny wśród zdominowanej przez generację najstarsze subpopulacji starych kobiet. Po drugie, zaznaczają się wyraźne różnice w poziomie wykształcenia seniorów mieszkających w miastach i na wsi, na niekorzyść tych ostatnich. Uderza szczególnie wysoki wśród nich odsetek osób z wykształceniem co najwyżej podstawowym, którego posiadanie stanowi poważną barierę w przystosowaniu się do życia w warunkach nowoczesnego społeczeństwa i zwiększa tym samym prawdopodobieństwo społecznej ekskluzji.

Przechodząc do charakterystyki populacji seniorów z punktu widzenia źródeł jej utrzymania, należy najpierw zaznaczyć, że według spisu powszechnego 2002 ludność w wieku poprodukcyjnym liczyła 5749,1 tys. Znakomita większość tej populacji – 96,7% utrzymywała się z niezarobkowego źródła utrzymania, z tego 94,4 % posiadało własne źródło utrzymania, a 2,2% było utrzymywanych. Ponadto 2,5% utrzymywało się z dochodów z pracy, przy czym 1,7% posiadało własne źródło utrzymania. Dla 0,8% osób nie ustalono źródła utrzymania. Emerytura była podstawą utrzymania 5323,5 tys. osób (92,6%); 86,6 % utrzymywało się z jednego źródła, a 13,4% utrzymywało się z dwóch źródeł. Tak więc podstawą życia dla zdecydowanej większości ludzi w wieku poprodukcyjnym była emerytura i brak poza nią dodatkowych źródeł utrzymania (por. tab. 4).

Tabela 3. Ludność Polski w wieku 60 i więcej lat według płci i poziomu wykształcenia w 2002 r. (w%)

Poziom wykształcenia	Ogółem		Miasta		Wieś	
	M	K	M	K	M	K
Wyższe	10,2	5,0	15,5	7,4	2,4	1,3
Policealne	1,0	1,8	1,3	2,6	0,5	0,7
Średnie	19,8	19,0	27,9	27,6	7,8	5,5
Zasadnicze zawodowe	17,7	6,6	20,2	8,2	14,0	4,1
Podstawowe ukończone	42,9	53,8	20,9	45,3	62,1	67,0
Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	6,7	11,8	2,7	6,0	12,7	20,8
Nieustalone	1,7	2,0	2,3	2,9	0,5	0,6

Legenda: M – mężczyźni, K – kobiety

Źródło: Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna 2002, Warszawa 2003, GUS, s. 160 i nn. Obliczenia własne.

Tabela 4. Ludność w wieku poprodukcyjnym 60/65 lat i więcej oraz źródła utrzymania według sektora własności (w%)

Wyszczególnienie	Ludność w wieku poprodukcyjnym
Ludność ogółem	5 749 129
Ludność utrzymująca się z pracy	2,5
Ludność utrzymująca się w sektorze publicznym	0,9
Ludność utrzymująca się z pracy w sektorze prywatnym	1,6
Ludność utrzymująca się z niezarobkowych źródeł	96,7
z emerytury pracowniczej, kombatanckiej	56,8
z emerytury rolnej	16,7
z renty z tytułu niezdolności do pracy	12,2
z renty rodzinnej	9,3
z zasiłku pomocy społecznej	0,2
z pozostałych niezarobkowych źródeł	1,5
nieustalone źródło	0,8

Źródło: Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna 2002. GUS Warszawa 2003. Obliczenia własne.

Ludność wyróżniona na podstawie kryterium biologicznego w wieku 60 i więcej lat (utrzymująca się z niezarobkowych źródeł utrzymania) stanowiła 95,3%. Z pracy utrzymywało się 3,8%, w tym z pracy poza rolnictwem 3%, a z dochodów własnych, tj. z własności i najmu 0,4%. Dla pozostałych osób danych nie ustalono. Należy podkreślić, iż własne źródło utrzymania, jakim jest emerytura, posiadało 96,2% ludności w wieku 60 i więcej lat, z tego z pracy utrzymywało się 3,1% (2,3% z pracy poza rolnictwem).

W populacji miejskiej 94,3% posiadało niezarobkowe źródło; 4,4% utrzymywało się z pracy, w tym 4,2 % z pracy poza rolnictwem. Natomiast na wsi odsetek utrzymujących się z niezarobkowych źródeł wynosił 96,7% osób. Z pracy utrzymywało się tu 3% osób, z czego ok. 2% w rolnictwie.

Jeśli idzie o mężczyzn, to zdecydowana większość z nich – 93% utrzymywała się z niezarobkowego źródła utrzymania, 6% z pracy, w tym 4,7% z pracy poza rolnictwem, a 0,1% z innych dochodów. Własne źródło utrzymania posiadało 97,8% mężczyzn, z czego dla około 95% było to niezarobkowe źródło utrzymania.

Wśród kobiet z niezarobkowego źródła utrzymania utrzymywało się 96,8%, w tym z własnego źródła utrzymania 95,1%. Z pracy utrzymywało się 2,4% kobiet, w tym z pracy poza rolnictwem 1,9%. Z innych dochodów utrzymywało się 0,03% kobiet. Dla 0,8% (30,7 tys.) tej populacji nie ustalono źródła; można domniemywać, iż osoby te przebywają poza granicami kraju, m.in. u swoich dzieci lub podejmują tam pracę.

Charakterystykę źródeł utrzymania ludzi starszych reprezentujących kolejne generacje ukazują dane tab. 5.

Z danych tabeli 5 wynika, iż gradacja najważniejszych rodzajów źródeł niezarobkowego utrzymania przedstawia się następująco:

- Najwięcej osób starszych utrzymuje się z emerytury pracowniczej (57,1%); wśród mężczyzn 68%, a wśród kobiet 51,3%. W każdej z wyróżnionych grup wieku odsetek mężczyzn utrzymujących się z tego źródła jest wyższy od odsetka utrzymujących się z emerytury kobiet. Wraz z wiekiem spada wśród obu grup odsetek utrzymujących się z tego źródła.

- Na drugim miejscu ze względu na źródło utrzymania plasują się osoby utrzymujące się z emerytury rolnej (17,4%); wśród mężczyzn odsetek ten wynosi 14,4%, a wśród kobiet 19,3% i wyraźnie rośnie w starszych grupach wieku, co wiąże się z przekazywaniem gospodarstw dzieciom przez starych rodziców, częściej przez kobiety.

- Na trzecim miejscu znajdują się ludzie starsi utrzymujący się z renty inwalidzkiej. Przeciętny odsetek utrzymujących się z tego źródła wynosi 13,8%, dla mężczyzn 15%, a dla kobiet 12,7%. Znamienne wysoki jest odsetek mężczyzn (31%) pobierających rentę inwalidzką w grupie wieku 60–64 lata. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy wynika to z ich złej kondycji zdrowotnej, która w rezultacie prowadzi do wysokiego poziomu zgonów mężczyzn, czy też z przejawianej przez nich strategii przetrwania na restryktoryzowanym rynku pracy.

Tabela 5. Ludność w wieku 60 i więcej lat według płci i głównego źródła utrzymania

Utrzymujący się z niezarobkowego źródła utrzymania	Ludność według wieku i płci														
	60–64			65–69			70–74			75–79			80 i więcej lat		
	O	M	K	O	M	K	O	M	K	O	M	K	O	M	K
z emerytury pracowniczej, kombatanckiej i pochodnych	60,9	57,2	63,6	65,8	74,2	59,5	59,1	72,8	50,2	53,6	70,7	44,7	46,3	65,1	38,4
z emerytury rolnej	9,1	5,9	11,5	12,7	9,8	14,9	17,9	13,8	20,5	21,6	18,2	23,4	25,6	24,3	26,2
renty inwalidzkiej	21,9	30,8	15,2	13,6	14,5	13,0	12,5	12,0	12,8	11,2	9,6	12,0	9,8	8,3	10,5
z renty socjalnej	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,4	0,5	0,2	0,6
z renty rodzinnej	4,9	0,3	8,4	6,6	0,2	11,3	9,1	0,1	14,9	11,7	0,2	17,7	14,6	0,3	20,6
z zasiłku dla bezrobotnych	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
z zasiłku pomocy społecznej	0,4	0,7	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,4
z innych niezarobkowych źródeł	2,2	4,1	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,1	1,3	1,0	1,6	2,9	1,6	3,4

Legenda: O – ogółem, M – mężczyźni, K – kobiety

Źródło: Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna 2002, GUS Warszawa 2003.
Obliczenia własne

- Na czwartym miejscu lokują się osoby utrzymujące się renty rodzinnej (9,4%), przy czym zdecydowana jest tutaj przewaga kobiet (14,6%) nad mężczyznami (1,1%) utrzymującymi się z tego źródła. Ich odsetek rośnie wraz z wiekiem w wyniku ilościowego powiększania się kategorii wdów.

Analizując udział osób utrzymujących się z emerytur w ogólnej liczbie utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych można dostrzec pewne zróżnicowania regionalne. Do województw, w których udział tych osób jest szczególnie wysoki należą: mazowieckie – 54,8%, podlaskie – 54,4%, opolskie – 50,8%, łódzkie – 50,8, śląskie – 50,4%. Do województw o średnim poziomie: świętokrzyskie – 46,5%, lubelskie – 44,8%, podkarpackie – 44,8%; dolnośląskie – 42,4%, pomorskie – 41,7% i wielkopolskie – 40,2%. Najniższymi wskaźnikami legitymuje się zaś: lubuskie – 33,7%, warmińsko-mazurskie – 35,2%, małopolskie – 39%, zachodniopomorskie – 39,2% i kujawsko-pomorskie – 39,7%. Odsetek osób utrzymujących się z tego źródła zależy głównie od struktury wieku ludności danego województwa oraz od poziomu wcześniejszej aktywności zawodowej obecnych emerytów.

Odsetek gospodarstw tworzonych przez emerytów stanowi w ogólnej liczbie gospodarstw domowych w Polsce 24,2%. Co czwarte gospodarstwo domowe jest więc gospodarstwem emeryckim. W miastach gospodarstwa emerytów stanowią 24,2% ogółu gospodarstw, żyje w nich 19,3 % ludności miejskiej. Odpowiedni odsetek dla gospodarstw wiejskich wynosi 24,4% i 17%.

Dane ostatniego spisu wskazują, iż w porównaniu do roku 1988 nasilił się proces singularyzacji życia wśród ludzi starszych. Obecnie co trzecia osoba w Polsce mieszka w tym wieku sama, w miastach przeszło co druga. Gospodarstwa trzy i więcej osobowe (26%) są w mniejszości w porównaniu z jedno i dwuosobowymi. Na wsi gospodarstwa pięcioosobowe i więcej występują nieco częściej niż w miastach. Proces singularyzacji w tej fazie życia jest bardziej znamieny dla mieszkańców miast niż wsi, co wiąże się z istniejącymi na wsi bardziej tradycyjnymi więziami i formami życia rodzinnego.

Warto podkreślić, iż wśród ogółu gospodarstw w Polsce mamy 36% gospodarstw z osobami starszymi. Gospodarstwa z jedną osobą starszą stanowią 71% takich gospodarstw, a z dwiema osobami – zaledwie 0,2%. Dane te potwierdzają nasilający się proces nuklearyzacji polskich rodzin [Slany, Kluzowa 2004].

Ważną charakterystyką populacji ludzi starych jest stan zdrowia. W spisie ludności z 2002 roku był on badany przez pryzmat niepełnosprawności. Wyróżniono w nim następujące kategorie osób niepełnosprawnych [Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, 2003, s. 15–16]:

- osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony;
- osoby niepełnosprawne tylko biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale odczuwały całkowitą lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania podstawowych czynności życiowych.

Tabela 6. Struktura gospodarstw domowych emerytów według liczby osób (w %)

Gospodarstwa emerytów	Gospodarstwa domowe wg liczby osób				
	1	2	3	4	5 i więcej
Ogółem 3 232 792	33,1	40,9	14,3	6,0	5,7
Miasta 1 129 249	41,1	27,2	15,4	9,3	6,9
Wieś 1 065 446	30,9	39,8	13,9	6,4	9,1

Źródło: Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna 2002, GUS Warszawa 2003. Obliczenia własne.

Wśród osób niepełnosprawnych prawnie wyróżniono trzy kategorie:

– niepełnosprawnych w stopniu znacznym, tj. niezdolnych do podjęcia zatrudnienia lub zdolnych do pracy w zakładzie pracy chronionej lub zakładzie aktywizacji zawodowej i wymagających stałej lub długotrwałej opieki ze strony osób trzecich;

– niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym – zdolnych do wykonywania pracy na stanowisku odpowiednio przygotowanym i wymagających częściowej lub okresowej pomocy ze strony osób trzecich;

– niepełnosprawnych w stopniu lekkim – charakteryzujących się pewnymi deficytami w zakresie sprawności organizmu, ale zdolnych do wykonywania pracy i nie wymagających pomocy ze strony innych osób.

Wśród blisko 5,5 milionowej zbiorowości osób niepełnosprawnych w Polsce prawie połowę (47,9%) stanowią seniorzy, tj. osoby w wieku 60 i więcej lat. Wyższy udział niepełnosprawnych występuje w subpopulacji kobiet, co jest zrozumiałe w świetle faktu, że stanowią one „starszą” frakcję zbiorowości seniorów, a wiadomo, że pogorszenie kondycji zdrowotnej nasila się wraz z wiekiem. Dominującą kategorię niepełnosprawnych stanowią osoby posiadające stosowne orzeczenia potwierdzające zły stan ich zdrowia. Ich odsetek jest wyższy wśród mężczyzn, co tłumaczyć można zapewne tym, że znajdując się w wieku produkcyjnym, częściej niż kobiety reprezentowali kategorię pracujących, a zatem i osób ubiegających się o świadczenia rentowe, których przyznanie wymagało przedstawienia formalnej dokumentacji. Wśród niepełnosprawnych prawnie najwięcej jest takich, którzy przejawiają niepełnosprawność w stopniu znacznym. Wśród niepełnosprawnych tylko biologicznie przeważają osoby, które odczuwają poważne ograniczenia własnej sprawności, ale nie są całkowicie niesprawne. Odczuwający poważne, acz nie całkowite ograniczenia sprawności, dominują zresztą w całej populacji seniorów (por. tab. 7).

Tabela 7. Osoby niepełnosprawne w wieku 60 i więcej lat według płci i kategorii niepełnosprawności (w%)

Kategoria niepełnosprawności	Mężczyźni	Kobiety
Odczuwający ograniczenie sprawności:		
Całkowite	17,3	27,2
Poważne	56,7	61,2
Niepełnosprawni prawnie w stopniu:		
Znacznym	80,5	70,3
Umiarkowanym	27,7	29,6
Lekkim	20,6	22,6
	19,5	14,3
Niepełnosprawni tylko biologicznie:	19,5	29,7
Odczuwający ograniczenie sprawności:		
Całkowite	2,4	4,0
Poważne	17,0	25,5

Źródło: Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002, cz. I, Warszawa 2003, GUS. Obliczenia własne.

W świetle informacji o nienajlepszej kondycji zdrowotnej polskich seniorów szczególnego znaczenia nabiera ocena ich sytuacji mieszkaniowej, analizowanej przede wszystkim pod kątem standardu mieszkań, tj. obecności w nich urządzeń umożliwiających korzystanie z łazienki, ubikacji i bieżącej wody. Dla każdego człowieka tak zdefiniowany komfort mieszkaniowy jest ważny, ale dla człowieka starego jest on wręcz niezbędny, gdyż umożliwia mu zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych bez nadmiernego wysiłku. Waga tego czynnika wzrasta w przypadku samodzielnego zamieszkiwania, co – jak wcześniej wspomniano – jest sytuacją charakterystyczną dla sporego odsetka ludzi starych w naszym kraju, a z opracowanej przez GUS prognozy struktury gospodarstw domowych do 2030 roku wynika, że proces singularyzacji życia w gospodarstwach domowych prowadzonych przez seniorów będzie się nasilał.

Dokonując analizy warunków mieszkaniowych ludzi starych skupimy uwagę na tej właśnie kategorii seniorów, którzy tworzą jednoosobowe gospodarstwa domowe, bowiem dla nich komfort mieszkaniowy ma znaczenie szczególne. Przeprowadzona analiza nie prowadzi do wniosków nadmierne optymistycznych. Z danych spisowych wynika, że ponad ¼ seniorów żyje w mieszkaniach, w których nie ma łazienki, a co jedenasty z nich nie ma dostępu do bieżącej wody. Jeszcze gorzej przedstawia się sytuacja w grupie osób powyżej 80. roku życia, które na ogół są mniej sprawne niż młodszy seniorzy. Wśród nich blisko co trzeci nie ma w mieszkaniu łazienki, a częściej niż co siódmy – dostępu do bieżącej wody.

Komfort mieszkaniowy jest wyższy w miastach. Tu tylko 2,5% seniorów mieszkających samotnie nie ma dostępu do bieżącej wody (podczas gdy na wsi ponad 23%), a 14,5% nie posiada łazienki (na wsi 50,2%). W kategorii najstarszych seniorów (powyżej 80 roku życia) mieszkających w miastach nie ma dostępu do wodociągu blisko 4% (na wsi – prawie 30%), zaś łazienki nie posiada co piąty (na wsi – ponad 60%). Łatwo sobie wyobrazić, że w takich warunkach utrzymanie higieny osobistej i czystości w mieszkaniu natrafia na trudności i zapewne nie przyczynia się do polepszenia kondycji psychofizycznej ludzi, którzy w takich warunkach muszą bytować.

Podsumowując nasze rozważania na temat obrazu polskiej starości, wyłaniającego się z danych ostatniego spisu ludności, pragniemy podkreślić kilka jego cech charakterystycznych. Polscy seniorzy to kategoria:

- wyraźnie sfeminizowana i starzejąca się, czego dowodem jest i będzie wzrastający odsetek osób powyżej 80. roku życia;
- słabo wykształcona i tym samym słabo przygotowana do zmierzania się z wyzwaniami współczesnej cywilizacji postmodernistycznej;
- podlegająca procesowi postępującej singularyzacji życia w gospodarstwach domowych z uwagi na rosnące zjawisko nuklearyzacji rodzin;
- dysponująca skromnymi zasobami finansowymi ze względu na utrzymywanie się w głównej mierze ze źródeł niezarobkowych;
- charakteryzująca się dostrzegalnymi ograniczeniami sprawności;
- mieszkająca nierzadko (szczególnie na wsi) w warunkach niezaspokajających podstawowego komfortu mieszkaniowego.

Jest to zatem kategoria, która winna stać przedmiotem szczególnej społecznej troski i wdrażania takich programów najszerzej rozumianej polityki społecznej, które nie tylko umożliwią jej egzystencję w warunkach godnych człowieka, ale także będą sprzyjać w pełni twórczemu wykorzystaniu ciągle przedłużającej się fazy jesieni życia.

PIŚMIENICTWO

- Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna 2002, 2003*, GUS, Warszawa.
- Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna 2002, 2003*, GUS Warszawa 2003.
- Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002, cz.I*, 2003, GUS, Warszawa.
- Rosset E., 1967, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa.
- Slany K., Kluzowa K., 2004, *Rodzina polska w świetle wyników NSP 2002*, „Studia Socjologiczne” nr 1.
- Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin 2002, 2003*, GUS, Warszawa.

JADWIGA PAULI, MAŁGORZATA SZLAZAK

**PROGRAMY POLITYKI SPOŁECZNEJ
NA RZECZ LUDZI STARYCH
(NA PRZYKŁADZIE REGIONALNEGO OŚRODKA
POLITYKI SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE)**

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie jest jednostką organizacyjną, realizującą zadania z zakresu pomocy społecznej, jak również szerszej – polityki społecznej, samorządu województwa. Został powołany wraz ze zmianami podziału administracyjnego, jakie miały miejsce w Polsce w 1999 roku. Ówczesna reforma administracji wprowadziła nowe rodzaje samorządów, a tym samym nowy podział kompetencji. Oprócz istniejącego samorządu gminnego pojawiły się powiaty i województwa. Każdy rodzaj samorządu otrzymał własne zadania i specyficzne formy ich realizacji. Dla województwa właściwe jest budowanie strategii rozwoju regionu, opracowywanie polityk i wyznaczanie kierunków działania w poszczególnych dziedzinach życia społecznego. Kompetencje te narzucają jednocześnie formę realizacji wyznaczanych celów. Jest to przygotowywanie wieloletnich programów i projektów naprawczych, które są odpowiedzią na zidentyfikowane problemy społeczne.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej przystępując do opracowywania zakresu treściowego programów kieruje się każdorazowo potrzebami grup społecznych, do których są one kierowane, rozpoznanych w oparciu o prowadzone analizy i badania społeczne. I tak, w wyniku przeprowadzonej w roku 1999 i 2000 diagnozy sytuacji społecznej województwa małopolskiego oraz na podstawie prognoz demograficznych, licznych raportów i publikacji uznano, iż jednym z istotnych problemów społecznych, który powinien być podmiotem polityki społecznej regionu, jest problem osób starszych. Sytuacja osób starszych i tendencje zmian w obrębie problemów dotyczących tej grupy mieszkańców naszego województwa, zdają się być odzwierciedleniem tendencji światowych. W województwie małopolskim ponad 15% populacji to osoby powyżej 60. roku życia. Mamy zatem do czynienia ze starzeniem się społeczeństwa, co następuje w wyniku dwóch procesów demograficznych. Z jednej strony wydłuża się czas trwania ludzkiego życia, z drugiej zaś następuje spadek liczby urodzeń. Zjawiska te powodują wzrost udziału osób starych w ogólnej liczbie ludności żyjącej w poszczególnych regionach. Osoby starsze ze względu na swój stan zdrowia, sytuację

materialną i społeczną nie mogą w pełni korzystać z przysługujących im praw i świadczeń. Utrzymywanie tego stanu rzeczy może doprowadzić do wykluczenia społecznego seniorów, co nie jest korzystne zarówno z punktu widzenia ich samych, jak i rozwoju społeczności lokalnej, w której funkcjonują na co dzień. Brak aktywnego udziału seniorów w życiu społecznym, izolowanie się bądź ograniczanie kontaktów do kręgu najbliższej rodziny, powoduje pozostawianie ich na łasce losu, a w konsekwencji wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i świadczenia zdrowotne. To z kolei rodzi wyzwania w zakresie zaspokajania tych potrzeb, generowania odpowiednich środków finansowych, wysiłków organizacyjnych i podejmowania decyzji co do priorytetów. Z punktu widzenia efektywności działań społecznych należałoby przyjąć takie rozwiązania, które pozwoliłyby seniorom pozostać jak najdłużej osobami samodzielnymi, niezależnymi, cieszącymi się tym niejako „naddanym” okresem życia. Program naprawczy, który służyłby osiągnięciu wyznaczonych celów, powinien zapobiegać tym wszystkim, wymienionym powyżej, negatywnym skutkom procesów starzenia się.

JAK ZBUDOWANO WOJEWÓDZKI PROGRAM POLITYKI I POMOCY SPOŁECZNEJ WOBEC STAROŚCI?

W każdym programie wojewódzkim przygotowywanym przez ROPS znajdują odzwierciedlenie generalne zasady, właściwe dla lokalnej polityki społecznej:

- wyzbycie się resortowego podejścia do zadań publicznych,
- przestrzeganie zasady subsydiarności,
- aktywny i szeroki udział samych zainteresowanych we wszystkich działaniach,
- dopasowanie form i metod działania do specyficznych potrzeb danych grup społecznych.

Kolejnym krokiem jest wyznaczenie priorytetów w oparciu o właściwe zdefiniowanie potrzeb społecznych danej grupy odbiorców. Dla programu na rzecz osób starszych w latach 2001–2003 za priorytety uznano:

1) podniesienie poziomu i rozwój oferty świadczeń pomocy społecznej – usług instytucji opieki całodobowej i usług dla osób starszych, świadczonych w miejscu zamieszkania,

2) podniesienie jakości życia osób starszych poprzez zwiększenie dostępności do szeroko pojętej oferty pomocowej i możliwych form aktywności,

3) aktywizacja pokolenia seniorów – promocja tzw. „dobrej starości”.

Skuteczność w rozwiązywaniu problemów społecznych jest znacznie wyższa, gdy patrzeć na nie w sposób kompleksowy, przekraczając w praktycznym działaniu granice wąskiej specjalności resortów. Budując program na rzecz osób starszych zakładano, że powinien on odnosić się możliwie najszerszej do wszystkich aspektów życia seniorów. Stąd jego realizacja wymagała współpracy wielu instytucji z obszarów działania pomocy społecznej,

oświaty i edukacji dorosłych, kultury, ale też organizacji obywatelskich. Mając na uwadze zasadę subsydiarności, stanowiącą najistotniejszą cechę funkcjonowania samorządów, przypisano w programie znaczną rolę organizacjom pozarządowym, działającym na rzecz środowiska osób starszych. Najefektywniejsze są te inicjatywy, w których realizowane są pomysły samych autorów projektów. Stąd dla wsparcia inicjatyw seniorów przyjęto formułę grantów przyznawanych reprezentującym to środowisko organizacjom pozarządowym. Ten sposób realizacji zadań daje największą gwarancję aktywnego udziału beneficjentów w konkretnych przedsięwzięciach – od planowania do działania. Tematy składanych do dofinansowania projektów odpowiadają autentycznie odczuwanym potrzebom. Z pewnością nikt z nas, pracujących w ROPS, nie określiłby lepiej, jaki rodzaj wsparcia jest najwłaściwszy i na co najlepiej przeznaczyć pieniądze, aby spełnić oczekiwania osób starszych, niż sami seniorzy. Niezwykle cennym jest samo uczestniczenie w tworzeniu i następnie realizacji działań. Rozwija się w ten sposób idea samopomocy, wzrasta poczucie sensu życia, życie nabiera kolorów.

W trakcie realizacji pierwszego trzyletniego wojewódzkiego programu wobec starości udało się nam znacznie zaktywizować środowisko osób starszych. Przykładem niech będzie fakt, iż początkowo współpracowaliśmy z pojedynczymi organizacjami pozarządowymi seniorów, obecnie tych organizacji jest znacznie więcej. Program przyczynił się do zmiany społecznego postrzegania problemów starości. Obserwujemy to zarówno w mentalności samych zainteresowanych, którzy chętniej widzą siebie w roli aktywnych aktorów podejmowanych inicjatyw (a więc nie tylko odbiorców świadczeń), ale również w podejściu pracowników instytucji pomocowych i władz lokalnych. Do tego ostatniego efektu przyczyniły się liczne szkolenia, konferencje i spotkania integracyjne, których szerszy opis prezentujemy poniżej. Cel programu zostałby w pełni osiągnięty, gdyby na poziomie lokalnym zaistniały warunki dla aktywnego działania seniorów, realizowania inicjatyw samopomocowych, rozwoju wsparcia w środowisku zamieszkania, co umożliwiłoby osobom starszym samodzielne, niezależne funkcjonowanie.

Program, przyjęty został Uchwałą Sejmiku Województwa Małopolskiego, wdrażano w okresie od kwietnia 2001 roku do końca roku 2003. Obejmował on zasięgiem teren Małopolski i stanowił rozwinięcie Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego w zakresie zapobiegania zjawisku marginalizacji społecznej zagrożonych nią grup. Wojewódzka strategia wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, przejawiającym się „utrudnionym korzystaniem z praw obywatelskich, słabym dostępem do usług publicznych oraz załamaniem się relacji społecznych”, wyróżnia między innymi osoby stare i niedołężne, a jako priorytetowe przy rozwiązaniu tych problemów wskazuje upowszechnianie programów celowych tworzonych przez odpowiednie jednostki samorządu i organizacje pozarządowe.

Realizując założenia programu w ramach szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr pomocy społecznej przygotowano 237 pracowników pomo-

cy społecznej województwa małopolskiego do pracy z ludźmi starszymi między innymi w ramach kursów takich jak: „praca socjalna z seniorami” czy „opieka instytucjonalna nad osobami starszymi”.

Prowadząc działania z zakresu edukacji społecznej opracowano i opublikowano 5 wydawnictw zawierających informacje mogące być pomocnymi w pracy z osobami starszymi, a także dostarczających małopolskim seniorom informacji na temat zmieniającej się rzeczywistości społecznej, dostępnych usług i świadczeń. Były to między innymi broszury kierowane do osób pracujących z seniorami, takie jak: „Proces adaptacji osoby starszej do warunków domu pomocy społecznej”; „Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej – materiały konferencyjne” czy wydawnictwa, których bezpośrednimi odbiorcami miały być osoby starsze i ich rodziny, jak poradnik „Ludzie starsi i dom pomocy społecznej, czyli co trzeba wiedzieć...” oraz „Małopolski Informator dla Seniorów”. Szczególnie Informator cieszył się dużym zainteresowaniem i mamy sygnały, iż przyniósł wymierne efekty. W pierwszym roku akademickim po wydaniu broszury, do krakowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku UJ zgłosiło się znacznie więcej osób starszych chętnych do uczestnictwa w zajęciach niż w latach ubiegłych. Jak sądzą pracownicy UTW, przyczyną tego mogła być promocja działań Uniwersytetu w Informatorze.

Na łamach cyklicznie publikowanego przez Ośrodek biuletynu es-Oes staraliśmy się inspirować nowe rozwiązania, prezentując tzw. dobre praktyki, czyli znane nam inicjatywy, które uważamy za warte pokazania innym, a w roku 2003 jeden z numerów biuletynu w całości poświęcono inicjatywom „seniorskim”. Zachęcamy również samych seniorów do wypowiedziania się na łamach naszego pismka.

Realizując zasadę subsydiarności wsparto merytorycznie, prawnie i finansowo małopolskie organizacje pozarządowe, w wyniku czego zrealizowano 24 projekty kierowane do seniorów, między innymi: „Twórcza jesień życia – aktywizacja środowiska seniorów”, „Jesienne Bieszczady Przyjazne Seniorom”, Przeglądy Amatorskich Zespołów Artystycznych oraz Przeglądy Amatorskiej Twórczości Poetyckiej „Życie Słowami Malowane”, „Radość tworzenia radością życia”, „Vademecum Seniora”, „Seniorzy – pokolenie aktywne”. Przykładem wzrostu aktywności organizacji pozarządowych w tym obszarze jest liczba podejmowanych przez nie inicjatyw. W roku 2001 zgłoszono do dofinansowania 12 projektów, w 2002 r. także 12, a w roku 2003 już 57. W roku 2000, tj. w okresie pilotażu Programu, projekty o tej tematyce były rzadkością.

Dzięki nagłaśnianiu problemu widoczne jest także włączanie się w pomoc seniorom organizacji pozarządowych, prowadzących szerszą działalność niż reprezentowanie interesów emerytów, w tym organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych. Jest to szczególnie istotne przy niewielkiej i mało aktywnej reprezentacji środowiska.

Budując sieć współpracowników, nagłaśniając problem oraz propagując nowatorskie rozwiązania w zakresie pomocy seniorom, w okresie realizacji programu zorganizowano 4 konferencje wojewódzkie, między innymi: „Rozwiązywanie problemów osób starszych – polskie i europejskie systemy wsparcia” z udziałem gości z Niemiec, Holandii i Słowacji; „Aktywność organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz osób starszych”.

Dzisiaj już możemy powiedzieć, że posiadamy stałe grono współpracujących z nami osób, organizacji i instytucji, które staramy się zachęcać do dalszej aktywności w tym obszarze. Jednak wciąż za mało się mówi o problemach osób starszych i ciągle brakuje znaczących inicjatyw podejmowanych na rzecz seniorów. Dlatego też zainicjowane przez Województwo kierunki działania, przeciwdziałające wykluczeniu społecznemu starszych mieszkańców Małopolski, będą kontynuowane i rozwijane w ramach realizacji zapisów kolejnego dokumentu – Wojewódzkiego Programu Polityki i Pomocy Społecznej wobec Starości na lata 2004–2006.

PIŚMIENNICTWO

- Błędowski P., 2002, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa.
- Kluzowa K., 2000, *Perspektywy starzenia się społeczeństwa polskiego w świetle prognoz demograficznych* [w:] *Konferencja - Polityka społeczna wobec starości*, ROPS, Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2000, *Czynniki warunkujące jakość życia osób starszych wiekiem* [w:] *Konferencja - Polityka społeczna wobec starości*, ROPS, Kraków.
- Woźniak Z., 2003, *Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle europejskiej polityki społecznej*, WRZOS, Warszawa.
- Wojewódzki Program Polityki i Pomocy Społecznej na lata 2001 – 2003, 2001, Sejmik Województwa Małopolskiego, Kraków.
- Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego, 2000, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Kraków.

STANISŁAWA URBANIAK

PROBLEM STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI A ZADANIA GMINY MIEJSKIEJ KRAKÓW

Mając na względzie strukturę demograficzną mieszkańców Miasta Krakowa i postępujące starzenie się populacji, szczególną uwagę należy zwrócić na zapewnienie jej odpowiedniej opieki medycznej i socjalnej. Osoby w wieku podeszłym chorują bowiem bardzo często, długo, a przede wszystkim w odmienny sposób od reszty populacji. Opieka nad człowiekiem w podeszłym wieku, przewlekle chorym i niepełnosprawnym wymaga współdziałania sektorów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, mającego na celu organizację opieki i wsparcia w sposób umożliwiający jak najdłuższe funkcjonowanie chorego w warunkach domowych. Niniejsze opracowanie przedstawia formy wsparcia pozostające w gestii Gminy Miejskiej Kraków.

ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE

Przejsściową (okresową) formę wsparcia i pomocy specjalistycznej stanowi opieka stacjonarna obejmująca: pobyt w zakładzie (opieki długoterminowej) pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym, opieki paliatywno-hospicyjnej; pobyt w szpitalu ogólnym lub specjalistycznym; pobyt w domu pomocy społecznej. Tabela 1. zawiera informację na temat funkcjonujących w Krakowie zakładów opiekuńczo-leczniczych z uwzględnieniem liczby miejsc, czasu oczekiwania oraz liczby osób oczekujących.

USŁUGI OPIEKUŃCZE

Do obowiązków organów jednostek samorządu terytorialnego wynikających z realizacji ustawy z 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej [Dz.U. z 1998 r. Nr 64 poz. 414 z późn. zmianami] należy między innymi zapewnianie mieszkańcom pomocy w formie usług opiekuńczych. Usługi te są świadczone na rzecz osób samotnych, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione oraz osobom, którym rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.

Tabela 1. Zakłady opiekuńczo-lecznicze (wg stanu na sierpień 2003 r.)

L.p.	Nazwa Zakładu	Oddziały	Liczba miejsc	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
1.	ZOL, ul. Wielicka 267	opieki paliatywnej, przewlekle chorych, oddział geriatryczno-rehabilitacyjny	338	3–4 miesiące	24
2.	NZOL „Serdeczna Troska”, ul. Ujastek 3	opiekuńczo-leczniczy	50	6–10 miesięcy	30
3.	ZOL „VIVA-MED” Sp. z o.o., ul. Siemaszki 17	opiekuńczo-leczniczy	55	6–12 miesięcy	56
4.	NZOZ ZOL „Czwórka”, Os. Młodości 9	opiekuńczo-leczniczy	62	6 miesięcy	28
5.	ZOL Zgromadzenia Sióstr Felicjanek, ul. Kołłątaja 7	opiekuńczo-leczniczy	72	6 miesięcy	7
7.	NZOZ Zakład Usług Medycznych i Rehabilitacyjnych Zarząd Okręgu PCK, ul. Lea 44	opieki paliatywnej, zespół opieki domowej	18 –	miesiąc –	15 –
8.	Ogółem		595	średni czas oczekiwania – ok. 6 m-cy	160

Podstawowym zadaniem przy organizacji systemu pomocy kierowanego zarówno do rodzin, jak i osób starszych i niepełnosprawnych jest dążenie do jak najdłuższego utrzymania ich w środowisku zamieszkania, przy zapewnieniu warunków odpowiadających godności człowieka oraz osiągnięcie możliwie dużej samodzielności w funkcjonowaniu. Instrumentami służącymi do realizacji tego celu są kierowane odpowiednio do osób starszych i niepełnosprawnych świadczenia w postaci zapewnienia pobytu w ośrodkach wsparcia oraz specjalistyczne formy rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych.

Tabela 2. Zadania, zakładane efekty

L.p.	Zadania	Wskaźnik realizacji zadań	Zakładane efekty
1.	Realizacja usług opiekuńczych	897 550 godz. zrealizowanych usług opiekuńczych	Objęcie pomocą usługową około 1 620 osób
2.	Realizacja specjalistycznych psychiatrycznych usług opiekuńczych w środowisku	35 990 godz. zrealizowanych usług opiekuńczych	Objęcie pomocą usługową około 70 osób
3.	Organizacja opieki całodobowej dla osób starszych w domach pomocy społecznej	Dotowanie 10 domów pomocy społecznej – 1 370 miejsc	Zapewnienie usług w domach pomocy społecznej dla 1780 osób starszych
4.	Praca socjalna w zakresie zapobiegania wycofaniu z życia społecznego osób starszych i możliwe pełnego pełnienia przez nich ról społecznych	Poradnictwo i oddziaływanie skierowane do około 600 osób	Objęcie pracą socjalną około 600 osób
Potrzeby finansowe			34 045 000 zł

OSRODKI POBYTU DZIENNEGO DLA OSÓB STARSZYCH

Prowadzenie ośrodków wsparcia dla osób starszych (emerytów i rencistów) realizowane jest przez miejskie dzienne domy pomocy społecznej. MDDPS wypełniają swoje zadania w szczególności przez udzielanie świadczeń podczas całodziennego pobytu w zakresie:

- terapii zajęciowej grupowej i indywidualnej dla podtrzymania kondycji psychofizycznej,
- usług rehabilitacyjnych w zakresie rehabilitacji ruchowej i fizykoterapii,
- zapewnienie posiłków,
- zaspokajanie potrzeb towarzyskich, rekreacyjno–kulturalnych oraz stwarzanie możliwości realizacji potrzeb religijnych.

W roku 2003 z pomocy miejskich dziennych domów pomocy społecznej korzystało 970 osób. Dzięki staraniom dyrekcji Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, dyrekcji Miejskich Dziennych Domów Pomocy Społecznej oraz Rady Dzielnicy VI Miasta Krakowa w roku 2003 został otwarty Klub Seniora przy ul. Balickiej.

Aktualnie (stan na 30.04.2004 r.) na terenie miasta Krakowa funkcjonuje 8 placówek, jest to 5 Miejskich Dziennych Domów Pomocy Społecznej i 3 Kluby Seniora. Informuje o nich tabela 3.

Tabela 3. Miejskie Dienne Domy Pomocy Społecznej w Krakowie

Lp.	Nazwa placówki	Liczba korzystających
1.	MDDPS nr 1, ul. Jana Sas-Zubrzyckiego 10	170
2.	MDDPS nr 2, ul. Kielecka 20	76
3.	Klub Seniora – Filia MDDPS nr 2 Filia Domu Nr 2, ul. Krowoderskich Zuchów 6	78
4.	Klub Seniora - Filia MDDPS nr 2, ul. Balicka 289, Mydlniki	26
5.	MDDPS nr 3, ul. Korczaka 4	96
6.	Klub Seniora - Filia MDDPS nr 3, ul. G. Zapolskiej 15	319
7.	MDDPS nr 4, ul. Sudolska 7	119
8.	MDDPS nr 5, ul. Nad Sudołem 32	74
Razem korzystający		958 osób

POMOC W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA OSÓB STARSZYCH I WYMAGAJĄCYCH OPIEKI

Poza świadczeniami proponowanymi przez MDDPS opieka nad osobą starszą w środowisku obejmuje:

- pomoc w formie zasiłków celowych na zakup: opału, posiłku, odzieży, leków;
- pomoc osobom całkowicie niezdolnym do pracy z powodu wieku lub inwalidztwa w sytuacji, kiedy ich dochód jest niższy od kryterium dochodowego określonego w cytowanej wyżej ustawie przyznawana jest pomoc w formie zasiłku stałego wyrównawczego;
- świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania w zakresie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieki higienicznej, zaleconej przez lekarza pielęgnacji oraz, w miarę potrzeby i moż-

liwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi opiekuńcze przyznawane są osobom, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są jej pozbawione.

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

MOPS realizuje między innymi zadania wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w ramach których obejmuje pomocą również emerytów i rencistów. Nie jest prowadzona odrębna statystyka co do ilości rencistów i emerytów korzystających z pomocy ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, lecz należy założyć, że w zakresie zadań z rehabilitacji społecznej odsetek korzystających jest znaczący.

Wśród zadań odnaleźć można:

1. Dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych. Turnus rehabilitacyjny oznacza zorganizowaną formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest m.in. rozwijanie i nawiązywanie kontaktów społecznych. Turnusy organizowane są w ośrodkach, które uzyskały wpis do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę i trwają co najmniej 14 dni.

2. Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów. Dofinansowanie w ramach tego zadania otrzymują również emeryci i renciści pod warunkiem, że są osobami niepełnosprawnymi. W przypadku dofinansowania do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, osoba niepełnosprawna może otrzymać dofinansowanie ze środków PFRON, gdy uzyskała wniosek lekarski zlecający zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze oraz w stosunku do którego Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiąże się do refundacji. W ubiegłych latach MOPS dofinansował osobom niepełnosprawnym do zakupu m.in. aparatów słuchowych, wózków inwalidzkich, obuwia ortopedycznego, balkoników, pieluchomajtek. Osoba niepełnosprawna może również ubiegać się o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności w przypadku, gdy posiada zaświadczenie lekarza specjalisty o konieczności korzystania z takiego sprzętu. Dotychczas MOPS dofinansowywał osobom niepełnosprawnym zakup m.in. rotorów, urządzeń do hydromasażu, łóżek i materacy rehabilitacyjnych, w wysokości do 60% wartości urządzenia. Również w przypadku ubiegania się o dofinansowanie w ramach tego zadania osoba niepełnosprawna musi spełniać kryterium dochodowe. W 2003 r. pomocy udzielono 1561 osobom niepełnosprawnym.

3. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się, i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych. W ramach tego zadania osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie likwidacji barier funkcjonalnych, jeżeli realizacja przedsięwzięć umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

Osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu, w którym stale zamieszkują, mogą ubiegać się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych. W ramach tego zadania MOPS udziela dofinansowania m.in. do likwidacji progów w mieszkaniu, dostosowania łazienki, budowy podjazdów, poszerzenia otworów drzwiowych, montaż posadzek antypoślizgowych, zakup transporterów schodowych.

Osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności, potwierdzonymi przez lekarza, mogą ubiegać się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych. Dotychczas MOPS udzielał dofinansowania m.in. do zakupu faksów, radiomagnetofonów, dyktafonów, ciśnieniomierzy, słuchawek telewizyjnych. Dofinansowanie w ramach tego zadania otrzymują również emeryci i renciści pod warunkiem, że są osobami niepełnosprawnymi.

4. Dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych. Organizacje i instytucje, które prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych przez okres co najmniej 2 lat przed dniem złożenia wniosku, mogą ubiegać się o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych, w wysokości do 60% wartości przedsięwzięcia. MOPS udziela dofinansowania do organizowanych m.in. przez stowarzyszenia lub fundacje wyjazdów rekreacyjnych, spotkań okolicznościowych, np. świątecznych, wystaw artystycznych, zawodów sportowych. W organizowanych przedsięwzięciach mogą brać udział również emeryci i renciści, o ile są osobami niepełnosprawnymi.

W przypadku realizacji zadań ze środków PFRON (pomijając dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych, gdzie 80% korzystających to osoby w wieku poprodukcyjnym) około 60% ogółu korzystających ze świadczeń stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym.

Pomoc emerytom i rencistom udzielana jest także za pośrednictwem MOPS dzięki zadaniom priorytetowym dzielnic. Większość Dzielnic Miasta Krakowa co roku przeznaczają środki finansowe na pomoc dla w/w grupy osób w formie paczek żywnościowych przez Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. W roku 2003 osiem dzielnic administracyjnych Gminy Miejskiej Kraków przeznaczyło łącznie kwotę 41 750 zł na pomoc w formie paczek żywnościowych dla 1 114 najuboższych starszych mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków zrzeszonych w Polskim Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów w Krakowie.

POMOC STACJONARNA – DZIAŁALNOŚĆ DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

W Krakowie funkcjonuje 18 domów pomocy społecznej, z czego 3 domy prowadzone są przez zgromadzenia zakonne i organizację pozarządową o łącznej liczbie miejsc – 2247, w tym dla osób starszych 298.

Wykaz tych placówek wraz z zaznaczeniem ich typu, liczby miejsc, kosztem miesięcznego utrzymania jednej osoby oraz czasem oczekiwania na miejsce zawarto w tabeli 4 (stan na 30 kwietnia 2004 r.).

Celem domów pomocy społecznej jest zapewnienie, organizowanie i prowadzenie usług o określonym standardzie w domach pomocy społecznej o zasięgu ponad gminnym. Domy pomocy społecznej świadczą, na poziomie obowiązującego przepisem prawa standardu, osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku lub choroby usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb oraz umożliwiają korzystanie ze świadczeń przysługujących z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w 2004 roku ustalił Prezydent Miasta Krakowa.

Liczba oczekujących na miejsce w krakowskich domach pomocy społecznej waha się od 0 (niepełnosprawne intelektualnie dziewczynki), poprzez 15 – w przypadku osób starszych, 19 – dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, 71 – przewlekłe psychicznie chorych, do 98 osób – w przypadku przewlekłe somatycznie chorych. Wśród mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków są także oczekujący na umieszczenie w dps znajdujących się w innych powiatach – łącznie 24 osoby.

KIERUNKI DOSKONALENIA OPIEKI SPOŁECZNEJ

Jak wynika z powyższego, zapotrzebowanie na opiekę długoterminową jest bardzo duże i mając na względzie strukturę demograficzną i prognozę na lata następne oraz tendencję wzrostową w tym zakresie, można się spodziewać zwiększenia jej dynamiki. Dlatego konieczne jest uwzględnienie w zadaniach priorytetowych dla Miasta Krakowa stworzenia warunków dla podwojenia liczby miejsc/placówek opieki długoterminowej.

Ponadto konieczne jest podjęcie działań związanych ze zwiększeniem efektywności opieki długoterminowej poprzez:

1. Dostosowanie usług zdrowotnych do potrzeb charakterystycznych dla osób w wieku podeszłym (opieka geriatryczna świadczona w ośrodkach dziennego pobytu, zakładach opieki długoterminowej).

2. Wsparcie dla grup samopomocowych pacjentów i w środowisku (opieka pielęgnacyjna i wsparcie w codziennych czynnościach) zamieszkania osób z chorobami przewlekłymi. Ta forma opieki jest tańsza od opieki instytucjonalnej i pozwala na pozostanie osobom przewlekłe chorym (głównie starszym) w ich środowisku zamieszkania.

Tabela 4. Wykaz domów pomocy społecznej funkcjonujących na terenie Gminy Miejskiej Kraków

Lp.	Typ dps	Adres	Liczba miejsc	Miesięczny koszt utrzymania 1 osoby	Czas oczekiwania
1.	Przewlekłe somatycznie chorzy	ul. Łanowa 39	155	1 799 zł	do 3 miesięcy kobiety, do 6 miesięcy mężczyźni
2.		ul.Radziwiłłowska 8	64	1 981 zł	
3.		ul.Helclów 2	475	1 609 zł	
4.		ul.Nowaczyńskiego 1	204	1 690 zł	
5.	Przewlekłe somatycznie chorzy		75	1 437 zł	
	Dziewczynki niepełnosprawne intelektualnie	ul. Łanowa 43a	96	2 026 zł	na bieżąco
6.	Przewlekłe somatycznie chorzy	ul. Podgórk Tynieckie 96	50	1 832 zł	do 6 lat
7.	Przewlekłe somatycznie chorzy	ul. Krowoderska 7	52	1 665 zł	*
RAZEM – przewlekłe somatycznie chorzy:			1075 miejsc		
8.	Osoby starsze	ul.Praska 25	95	1 290 zł	do 6 miesięcy
9.		ul.Kłuzeka 6	100	1 367 zł	
10.		os.Sportowe 9	36	1 655 zł	
11.		ul. Sołtysowska 13d	67	1 689 zł	
	RAZEM – OSOBY STARSZE:		298 miejsc		

12.	Przewlekłe psychicznie chorzy	ul. Łanowa 43b	103	1 435 zł	do 3 lat
13.		ul. Krakowska 55	195	1 748 zł	
14.		ul. Łanowa 41	220	1 762 zł	
15.	Przewlekłe psychicznie chore kobiety	os. Szkolne 28	50	1 755 zł	
RAZEM – przewlekłe psychicznie chorzy:			568 miejsc		
16.	Kobiety niepełnosprawne intelektualnie	ul. Babińskiego 25	95	2 129 zł	do 4 lat
17.	Dorośli niepełnosprawni intelektualnie	os. Hutniczne 5	22	1 991 zł	
RAZEM – dorośli niepełnosprawni intelektualnie:			117 miejsc		
18.	Chłopcy niepełnosprawni intelektualnie	ul. Łanowa 41b	93	2 516 zł	na bieżąco
RAZEM – dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie			189 miejsc (łącznie pozycje 5 i 18)		

3. Podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek środowiskowych, zwłaszcza w zakresie komunikacji z pacjentem (używanie zrozumiałego języka dostosowanego do wieku pacjentów).

4. Wzmocnienie działań związanych z organizacją czasu wolnego ludzi starszych, a zwłaszcza kobiet (w starszych grupach wiekowych odnotowuje się przewagę płci żeńskiej).

5. Wspieranie istniejących i tworzenie nowych klubów i świetlic z ciekawą ofertą programową w celu podtrzymania kontaktów osób starszych z otoczeniem i zapobieżeniu poczucia osamotnienia i pozostawienia samych sobie.

6. Zorganizowanie systemu specjalistycznego poradnictwa dla rozwiązywania problemów osób starszych, zarówno w ramach instytucji gminnych, jak i poprzez wspieranie instytucji pozarządowych.*

ŹRÓDŁA

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2004-2006”.

Gminny i Powiatowy Program Pomocy Społecznej na lata 2004-2006.

Opracowanie pt. „Emeryci i renciści – osoby starsze”, Ewa Strzałka, Kierownik Działu Pomocy Osobom Starszym i Niepełnosprawnym Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie.

Dz. U. z 1998 r. nr 64 poz. 414 z późn. zm.

* Redakcja tekstu: Mateusz Płoskonka, Asystent Z-cy Prezydenta Miasta Krakowa

AURELIA OSTROWSKA

**ROLA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
W OPIECE NAD OSOBAMI STARSZYMI
(NA PRZYKŁADZIE URZĘDU MIASTA STOŁECZNEGO WARSZAWY)**

Osoby w wieku starszym pozostają w centrum uwagi władz Miasta Stołecznego Warszawy, co znajduje odzwierciedlenie w pracy głównie dwóch biur: Biura Polityki Społecznej i Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy. W celu zapobieżenia izolacji społecznej ludzi w wieku poprodukcyjnym Miasto Stołeczne Warszawa organizuje i dofinansowuje różne formy spędzania wolnego czasu.

W zakresie kompetencji Biura Polityki Społecznej znajduje się wspieranie osób starszych poprzez :

- działalność Ośrodków Pomocy Społecznej,
- dofinansowanie działalności kilkunastu organizacji pozarządowych pomagających osobom starszym,
- działalność Domów Dziennego Pobytu.

W zakresie kompetencji Biura Polityki Zdrowotnej znajduje się:

- uruchomienie Poradni dla Kombatantów,
- finansowanie Programu opieki nad osobami starszymi - w ramach programów profilaktyki i promocji zdrowia,
- uruchomienie Dziennych Oddziałów dla pacjentów z chorobą Alzheimera,
- uruchomienie Poradni Geriatrycznych,
- dofinansowywanie zakładów opiekuńczo-leczniczych.

OŚRODKI POMOCY SPOŁECZNEJ M. ST. WARSZAWY

Ośrodki Pomocy Społecznej m. st. Warszawy oferują osobom starszym różne formy pomocy m.in.:

- usługi opiekuńcze,
- usługi świadczone w Domach Dziennego Pobytu,
- pomoc rzeczową i finansową.

USŁUGI OPIEKUŃCZE

Osoby starsze, zwłaszcza samotne, chore i niepełnosprawne, które mają kłopoty np. z robieniem zakupów, sprzątaniami, higieną osobistą – mogą skorzystać z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych w ramach zadań własnych np. pielęgnacyjnych. Usługi opiekuńcze świadczone są w domu osoby, która potrzebuje pomocy.

Usługi opiekuńcze dla osób, których dochody przekraczają kryterium dochodowe dla osoby lub rodziny określone w ustawie o pomocy społecznej, są częściowo odpłatne. Odpłatność uzależniona jest od dochodu, przypadającego na osobę lub osobę w rodzinie. W przypadku osób nie przekraczających ww. kryterium całość kosztów za usługi opiekuńcze ponosi Ośrodek Pomocy Społecznej

DOMY DZIENNEGO POBYTU

Osoby starsze mogą przebywać w Domach Dziennego Pobytu codziennie w dni powszednie. Mają w nich zapewnione wyżywienie, zorganizowany czas wolny, uczestniczą w spotkaniach okolicznościowych, wyjściach na imprezy kulturalne np. wyjścia do kin, teatrów, muzeów itp.

Dzienne Domy Pobytu prowadzone są przez Ośrodki Pomocy Społecznej, a osoby starsze kierowane są do nich na podstawie decyzji wydanej przez Dyrektora OPS – lub inną upoważnioną osobę. Osoby chętne najpierw powinny się zgłosić do Ośrodka właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, aby pracownik socjalny przeprowadził wywiad środowiskowy i zdecydował, czy dana osoba kwalifikuje się, aby otrzymać skierowanie do Dziennego Domu Pobytu. Przebywanie w tego rodzaju placówce jest częściowo odpłatne i zależy od dochodów osoby ubiegającej się o miejsce.

POMOC FINANSOWA I RZECZOWA

Osoby starsze znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej mogą się także ubiegać o pomoc finansową w formie zasiłków celowych np. na leki, opłatę energii elektrycznej, dożywianie itp. Jeśli nie są w stanie samodzielnie przygotowywać sobie posiłków mogą otrzymywać pomoc w formie talonów na obiady do baru lub na stołówkę.

Jeśli osoby w wieku powyżej 60 w przypadku kobiet oraz 65 lat w przypadku mężczyzn, nie nabyły uprawnień do emerytury mogą ubiegać się o zasiłek stały wyrównawczy.

Lp.	Pełna nazwa i adres ośrodka wsparcia	Organ prowadzący ośrodek wsparcia	Liczba osób korzystających z usług ośrodków wsparcia
1.	Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych nr 1, Al. Zjednoczenia 13	OPS – Bielany	30/100 inne formy pobytu
2.	Ośrodek Wsparcia dla Osób Starszych nr 2, ul. Wrzeciono 5A		35/100 inne formy pobytu
3.	Dzienny Dom Pomocy Społecznej, ul. Bałuckiego 5	OPS – Mokotów	45
4.	Dom Dziennego Pobytu Rencistów, ul. Filtrowa 68	OPS – Ochota	35
5.	Dzienny Dom Pomocy Społecznej, ul. Walecznych 59	OPS – Praga Półd.	30
6.	Dom Dziennego Pobytu, ul. Brzeska 4	OPS – Praga Półn.	85
7.	Dzienny Dom Pomocy Społecznej	OPS – Rembertów	8
8.	Śródmiejski Ośrodek Opiekuńczy, ul. Świętojerska oraz 2 Filie	Dzielnica – Śródmieście	418
9.	Dom Dziennego Pobytu dla Osób Starszych, ul. Chodecka 2	OPS – Targówek	30
10.	Dzienny Dom Pomocy Społecznej	OPS – Ursynów	97
11.	Dom Dziennego Pobytu	OPS – Włochy	35
12.	Dzienny Dom Pomocy Społecznej, ul. J. Popiełuszki 16	OPS – Żoliborz	45

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Miasto finansuje także działalność publicznych Domów Pomocy Społecznej znajdujących się na terenie powiatu warszawskiego oraz dofinansowuje prowadzenie Domów Pomocy Społecznej prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Dokumenty niezbędne do ubiegania się o Dom Pomocy Społecznej kompletowane są przez pracowników socjalnych w Ośrodkach Pomocy Społecznej.

W każdej z 18 dzielnic Warszawy działa jeden Ośrodek Pomocy Społecznej – w sumie w 18 ośrodków pomocy społecznej.

PORADNIA DLA KOMBATANTÓW

Do końca II kwartału 2004 roku zostanie uruchomiona przy jednym ze szpitali warszawskich poradnia dla kombatantów.

Na terenie Miasta Stołecznego Warszawy mieszka kilka tysięcy kombatantów w wieku do 97 lat w grupie najstarszych. Poradnia będzie usytuowana w środku 3 dzielnic, w których zamieszkuje ta populacja osób starszych.

Poradnia zostanie uruchomiona w związku z oczekiwaniami środowisk kombatanckich, nie do końca zadowolonych z możliwości leczenia w poradniach rodzinnych czy podstawowej opieki zdrowotnej. Istniejąca w Warszawie przy jednym ze szpitali klinicznych poradnia dla kombatantów jest zbyt daleko położona od miejsc zamieszkania populacji kombatantów, skupionych we wspomnianych 3 dzielnicach.

Poradnia dla kombatantów zapewni dostępność do poradni:

- chorób wewnętrznych,
- chirurgii ogólnej,
- chirurgii urazowej,
- ortopedii,
- urologii.

W „Założeniach polityki zdrowotnej Urzędu m. st. Warszawy na lata 2004–2006” w ramach programów profilaktyki i promocji zdrowia przewidziano finansowanie Programu opieki nad osobami starszymi. Zawartość merytoryczna Programu obejmuje możliwość zapewnienia dostępności do tych świadczeń, których danej populacji najbardziej brakuje np. w jednej dzielnicy będzie to program profilaktycznych badań raka piersi dla kobiet po 65. roku życia, w innej rehabilitacja.

W roku 2004 przewidziano:

– uruchomienie w 7 dzielnicach Dziennych Oddziałów dla pacjentów z chorobą Alzheimera,

– uruchomienie Poradni Geriatrycznych (oczekiwania osób starszych nie zrealizowane w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego).

Miasto Stołeczne Warszawa jest organem założycielskim dla 3 miejskich zakładów opiekuńczo-leczniczych, w których przebywa prawie 800 pacjentów.

Dofinansowanie obejmuje pomoc w zakresie przeprowadzenia modernizacji obiektów.

Biuro Polityki Zdrowotnej przygotowuje uruchomienie 4. miejskiego zakładu opiekuńczo-leczniczego, który umożliwiłby zabranie ze szpitali m.in. grupy pacjentów, wobec których szpital wyczerpał już swoje możliwości terapeutyczne.

Średni czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w placówkach miejskich wynosi do 3 miesięcy.

ŹRÓDŁA

Materiały:

Biura Polityki Zdrowotnej – dyrektor Paweł Wypych,

Biura Polityki Zdrowotnej – dyrektor Aurelia Ostrowska.

ZOFIA SZAROTA

SZANSE UCZESTNICTWA SENIORÓW W KSZTAŁCENIU I KULTURZE

*Wielu ludzi nie miałoby nic przeciwko
swoim siedemdziesięciu latom, gdyby nadal mogli
robić to, co robili mając lat czterdzieści.*

B. F. Skinner, M. F. Vaughan

MOŻLIWOŚCI INTELEKTUALNE OSÓB STARSZYCH

Paradoksalnie do utrwalenia stereotypów dotyczących braku możliwości intelektualnych ludzi dorosłych przyczyniła się nauka, zwłaszcza zaś poglądy W. Jamesa oraz G.F. Patridge'a, E.J. Swifta, E. Meumann'a, J.H. Ballarda [Rembowski 1984]. Wycinkowy charakter badań i interpretacja otrzymanych wyników doprowadziły do pewnego nadużycia, które na długo zaciążyło na opinii społecznej – człowiek po ukończeniu 25. r. ż. nie jest już w stanie nauczyć się niczego nowego: *Wyjawszy sprawy własnego zawodu, jedynymi ideami, które w praktyce ludzie w swym życiu posiadają, są idee nabyte przed 25. rokiem życia. [...] Wszelkie indywidualne wyjątki, które można przytoczyć, są tylko wyjątkami potwierdzającymi regułę*. Słowa te zostały opublikowane przez Jamesa w 1893 roku w dziele *Principles of Psychology* (Zasady Psychologii, t. II) [za: Pietrasiński 1992, s. 20].

Inny badacz możliwości intelektualnych człowieka dorosłego, reprezentant psychologii wychowawczej, E.L. Thorndike, podjął analizę sprawności pamięci i uczenia się dorosłych (*Uczenie się dorosłych*, 1928). Przeniósł granicę „wyuczalności” o 20 lat w głąb ludzkiego życia, stwierdzając, że co prawda optimum pamięci przypada na 25. r. ż., lecz jej retencja, sprawność nie ulega gwałtownemu obniżeniu i pozostaje na mniej więcej tym samym poziomie aż do 45. roku życia. Stwierdził, iż czynnikami sprzyjającymi możliwościom intelektualnym dorosłych są zdolności, zainteresowania, energia i wolny czas. Wyników swych nie uzasadnił jednak w sposób wystarczający.

Austriaczka, Ch. Büchler (1893–1974), w 1933 roku opublikowała książkę, którą uważa się za dzieło rozpoczynające analizę psychologii drogi życiowej wraz z jej ważnym działem: psychologią człowieka dorosłego (*Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*, Leipzig 1933) [tamże].

W. Szewczuk [1979] uznał, że możliwości intelektualne człowieka są niezależne od jego wieku metrykalnego i mogą trwać na zadowalającym poziomie aż do końca nawet bardzo długiego życia. Z poglądem tym zgadza się J. Rembowski [1984] twierdząc, że ograniczenie zdolności uczenia się nie występuje nawet w wieku 60 lat. Czynnikiem mającym istotny wpływ na zmniejszoną efektywność wysiłku umysłowego ludzi starszych są: zanik motywacji, zły stan zdrowia, izolacja społeczna i wynikająca stąd apatia.

Podjęte badania [Pietrasiński 1992, s. 52-53; Puchalska 1986, s. 84-85] jednakże dowiodły, że sprawność osoby „pod siedemdziesiątkę” równa jest sprawności intelektualnej 10–11-latka. Występuje także pewna prawidłowość, wyrażająca się w fakcie, że osoby z wysokim ilorazem inteligencji pozostają sprawne dłużej niż jednostki z niskim, osoby wykształcone wolniej tracą swe intelektualne zdolności niż osoby bez wykształcenia. Wyniki badań nad dynamiką ludzkiej inteligencji dowodzą, że inteligencja płynna obniża się wraz z wiekiem, jednak jej ubytki są z nadwyżką kompensowane możliwościami wykorzystywania inteligencji skryształizowanej. Inteligencja skryształizowana dominuje bowiem w późnym okresie życia nad inteligencją płynną. Umysł nasz dysponuje rezerwami aktywnymi, wykorzystywanymi *ad hoc* i rezerwami ukrytymi, ujawniającymi się wobec pojawienia się danego problemu lub na przykład w wyniku uczestniczenia osoby starszej w odpowiednich ćwiczeniach. Dorosły intelekt cechuje myślenie dialektyczne oraz relatywizm procesów myślowych. Głównymi cechami inteligencji w podeszłym wieku są mądrość płynąca ze zgromadzonego doświadczenia, umiar, rozwaga, spokój, ostrożność kształtujące iście stoicki styl życia.

Argumentem za sprawnością pamięci osób starszych może być fakt uczestniczenia ogromnej liczby tych osób w lektoratach języków obcych. Na przykład w ramach Łódzkiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku prowadzone są lektoraty języków: angielskiego, esperanto, francuskiego, japońskiego, niemieckiego, rosyjskiego, włoskiego!

H.C. Lechman [za: Skinner, Vaughan, 1993, s.79-80] wykazał, że w wielu dziedzinach nauki i sztuki dwukrotnie w ciągu ludzkiego życia występuje wzrost możliwości twórczych: najlepsze wiersze powstają pomiędzy 25. a 29. oraz 80. a 84. rokiem życia poetów, laury w prozie zdobywają 35 - 43-latkowie, by sukces powtarzać między 60. a 64. rokiem życia, w sztukach plastycznych progres twórczości przypada na czas pomiędzy 30. a 40. oraz po 70. r. ż. artystów, szczyt możliwości muzyków przypada około 30. roku życia i powraca z równą siłą po ukończeniu przez kompozytorów 70

lat. Opus magnum filozofów to okres między 35. a 40. i powtórnie po 80. roku życia.

Największą jednak wymowę ma zestawienie działalności twórczej ludzi „po siedemdziesiątce”, z którymi można się zapoznać czytając prace W. Szewczuka [1979] czy też M. Wallisa [1975] lub K. Wiśniewskiej-Roszkowskiej [1989]. Wymienione przez tych badaczy osoby niewątpliwie osiągnęły świadomość swego mistrzostwa, świadomość celów i zadań, świadomy dobór środków artystycznego wyrazu, dowodząc tezy o trwających przez całe życie możliwościach intelektualnych i twórczych człowieka.

Przykładowo Antonina Musiał (1898-2003) nigdy nie chodziła do szkoły, była samoukiem. Pierwszy wiersz napisała mając 58 lat, debiutowała w „Ziemi Nadnoteckiej”, publikowała w prasie regionalnej i ogólnopolskiej oraz w radiu. Kiedy ukończyła 97 lat ukazał się pierwszy tomik jej wierszy „Życie miałam rozmaite”. W 2003 roku Pani Antonina, mieszkanka Domu Pomocy Społecznej w Pile ukończyła 105 lat, wciąż deklamując swoje wiersze... Jej wiersze opublikowane zostały w tomiku *Ze srebrem we włosach. Wiersze pilskich Seniorów* [2003] obok wierszy innych osób w podobnym wieku, niejednokrotnie debiutujących w roli poetów. Blisko 50 wierszy zgromadzonych w tomie to bynajmniej nie proste rymowanki, zawierają refleksję, dowcip, bystrą obserwację, są piękne. Poeci, laureaci wielu nagród, zaczęli pisać dopiero w późnym, bardzo dojrzałym okresie życia, jeszcze raz burząc stereotyp starości jałowej i biernej.

Pozostanie sobą, niwelacja lęków i obaw poprzez „zagospodarowanie, oswojenie” rzeczywistości to jeden ze sposobów na twórczą, pogodną jesień życia. Wiele recept na „dobrą” starość można odnaleźć w książce pt.: *Przyjemnej starości!* [Skinner, Vaughan 1993] oraz skrzęcej się błyskotliwym humorem pozycji *Najlepsze lata masz jeszcze przed sobą - czyli jak się wesoło (i bez godności) zestarzeć* [Brown, 1994].

Wśród wielu teorii starzenia się szczególnie godne uwagi są **teoria aktywności i teoria kompetencji**.

Twórcą pierwszej z nich jest R.C. Atchley, który traktuje aktywność jako wartość cenioną społecznie i uznaje ją za warunek równowagi emocjonalnej jednostki, miarę jej pozytywnego wizerunku w oczach własnych i otoczenia. W Polsce twórczego rozwinięcia tej teorii, poprzez zdefiniowanie i analityczną wykładnię pojęcia „wychowanie do starości”, określanego czasem szerszym pojęciowo terminem „pedagogika czasu wolnego”, dokonał A. Kamiński [1982, s. 369]. Życie wypełnione aktywnością jest dobrym życiem.

Praktyczna realizacja założeń teorii kompetencji służy jak najdłuższemu utrzymywaniu samowystarczalności jednostki. Układ trzech wymiarów kompetencji jednostki zaproponowany przez U. Lehr [1989, s. 3-5]: fizyczny (stan zdrowia, niezależność od świadczeń opiekuńczych), poznawczy (inteligencja, pamięć, zdolność uczenia się, rozwiązywania problemów) i społeczny (szeroki i harmonijny, satysfakcjonujący zakres kontaktów ze środowiskiem społecznym), umożliwia jej swobodne i dowolne dysponowanie wła-

snym życiem w kategorii samowystarczalności i niezależności [por. Halicki 1997, 2000]. Każdy człowiek jest odpowiedzialny za siebie, za jakość przyszłego późnego życia, bowiem ludzie starzeją się po prostu tak, jak żyli.

UCZESTNICTWO OSÓB W PODESZŁYM WIEKU W KULTURZE I EDUKACJI

Gdzie człowiek w podeszłym wieku może znaleźć interesującą go ofertę wolnoczasową, kulturalną i oświatową? Oczywiście, powinien ją spotkać w instytucjach upowszechniania oświaty i kultury. Jak wszyscy... W dziele aktywizacji kulturalno-oświatowej funkcjonują różnorakie ośrodki, w których osoby starsze mogą zaspokajać swe potrzeby i zainteresowania kulturalne i edukacyjne. Wsparciem osób starszych zajmują się instruktorzy amatorskiego ruchu artystycznego, kulturalnego, oświatowego oraz społecznicy i wolontariusze, często rekrutujący się spośród emerytów [por. Dziegielewska 2000]. Warto przedstawić swoistą mapę aktywności osób starszych.

KLUBY SENIORA

Formami przeciwdziałającymi poczuciu osamotnienia, społecznej izolacji i zbędności, a zarazem wspierającymi możliwości intelektualne starszych osób są kluby seniora, które w Europie zaczęły powstawać po II wojnie światowej, od lat sześćdziesiątych także w Polsce. Są to placówki cieszące się ogromną popularnością, lecz dostępne ludziom zdrowym i sprawnym ruchowo niemal wyłącznie w miastach.

Polskie kluby seniora działają w dwóch podstawowych formułach: klubów zakładowych i środowiskowych. Różnica pomiędzy nimi sprowadza się do tego, że członkami pierwszych są emeryci danego przedsiębiorstwa czy urzędu, natomiast kartę członkowską drugiego posiadają osoby starsze, zamieszkujące tę samą okolicę. Patronat nad placówkami środowiskowymi sprawują organizacje społeczne lub samorządowe, lokalne (np. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów czy gmina, rada miasta, spółdzielnia mieszkaniowa, parafia itd.), natomiast mecenasem koła emerytów jest zazwyczaj były zakład ich pracy. Kluby, których organizatorem i sponsorem jest Polski Komitet Pomocy Społecznej, nastawione są przede wszystkim na działalność opiekuńczą.

Cele działalności sprowadzają się do programowania i organizowania różnych form aktywności kulturalnej, fizycznej i społecznej, spędzania czasu wolnego, prowadzenia zajęć z osobami zróżnicowanymi pod względem płci, wieku, stanu zdrowia, wykształcenia i sprawności fizycznej, upowszechniania szeroko rozumianej wiedzy, kształtowania wartości i postaw prospołecznych, kulturalnych i moralnych. Wśród różnorodnych kierunków i form działalności klubów seniora występują m.in.: upowszechnianie róż-

nych form oświatowych, kół zainteresowań i hobbystycznych, prelekcji, kursów edukacyjnych, studiów oświatowych (najczęściej z nurtu oświaty bezinteresownej), konkursów z różnych dziedzin wiedzy, propagowanie czytelnictwa poprzez prowadzenie biblioteki, organizowanie konkursów czytelniczych, spotkań autorskich, organizowanie wypoczynku i rekreacji, działanie na rzecz uprawiania amatorskiej działalności artystycznej, twórczej (sekcje plastyczna, literacka, teatralna, kabaretowa, muzyczna, chór), organizowanie wystaw, wernisaży członków klubu, ułatwianie korzystania z oferty instytucji kulturalnych. Ponadto działalność klubowa obejmuje pokazy (np. kulinarne), wspólne oglądanie telewizji, wideo lub slajdów, późniejsze dyskusje, gry towarzyskie, czytelnictwo prasy. W placówkach organizowane są pogadanki i dyskusje na temat zdrowia, higieny, diety, ekologii, prawa, bezpieczeństwa, wieczorki towarzyskie, także taneczne, wieczory kolęd (podczas których samotni i biedni otrzymują paczki świąteczne, łąnią się opłatkiem wigilijnym). Można grać w szachy, domino, czytać zaprenumerowaną przez Klub prasę. Najbardziej aktywni i uzdolnieni członkowie klubów zrzeszają się w amatorskich zespołach artystycznych (pieśni i tańca, kabaretowych, teatralnych) i twórczych. Organizowane są wycieczki krajoznawcze, także autokarowe, pikniki, zwiedzanie muzeów, wyjścia do kin i teatrów. Inicjowane są społeczne kwesty – uzyskany dochód przeznaczany jest na potrzeby osób chorych, samotnych, rodzin wielodzietnych.

Członkowie uczestniczą we wszystkich rodzajach działalności klubowej na miarę swoich chęci, możliwości, sił i umiejętności. Samorządnie decydują o kierunkach pracy, ustalają terminy spotkań, zapraszają gości, organizują „wewnętrzne” imprezy. Koordynatorem tych działań jest kierownik klubu (etatowy lub działający społecznie).

Działalność klubowa możliwa jest dzięki dotacjom i darom pochodzącym od ofiarodawców. Członkostwo jest w zasadzie bezpłatne, choć w niektórych klubach wydawane są posiłki, odzież, wówczas odpłatność regulowana jest wysokością świadczeń emerytalno-rentowych. Z usług klubów korzystają osoby w większości samotne, mieszkające w najbliższej okolicy, czasem ubogie [Szarota 2002].

Niektóre kluby włączają się aktywnie w działalność lokalną i regionalną, w pracę międzynarodowych stowarzyszeń ludzi starszych (jak EURAG, czyli European Federation of the Elderly - Europejska Federacja Osób Starszych), organizując konferencje i seminaria naukowe (np. „Ludzie III wieku – szanse, możliwości i zagrożenia”, „Aktywność seniorów w społecznościach lokalnych”, „Senior – dlaczego obcy wśród swoich”, „Jestem i mam prawo”, „Senior – obywatel Europy”), przejmując mecenat nad aktywnością kulturalną i twórczą swoich członków.

UNIwersYTET TRZECIEGO WIEKU

Bardzo interesującą propozycją edukacyjną i wolnoczasową są obecne w Polsce od 1975 roku Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW). Ich geneza związana jest z nazwiskiem prof. Pierre Vellas, francuskiego uczonego, z jego inicjatywy w 1973 powstała w Tuluzie pierwsza tego typu instytucja – Université du Troisième Age – zarejestrowana zgodnie z obowiązującą wtedy ustawą francuską o kształceniu ustawicznym. Ideą twórcy było zapewnienie dostępu do kultury i edukacji tym, którzy takiej możliwości nie mieli w przeszłości. Można wręcz powiedzieć, że ten typ kształcenia jest koroną edukacji permanentnej.

Polscy Seniorzy – studenci uczęszczają na zajęcia w ponad 30 ośrodkach w kraju i trzech filiach zagranicznych Mokotowskiego UTW (Lwów, Grodno, Wilno) [Aleksander 2001]. W większości UTW są zarejestrowane jako stowarzyszenia. Mają ogólnopolski regulamin i stanowią część Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Uzyskanie podmiotowości prawnej umożliwia im swobodne pozyskiwanie i gospodarowanie funduszami, co korzystnie wpływa na intensyfikację działalności. Organizacja UTW opiera się w dużym stopniu na spontanicznej aktywności samorządu słuchaczy. Trzon kadry dydaktycznej stanowią wykładowcy akademicki, lekarze, prawnicy. Na wykłady zapraszani są dziennikarze, artyści, pracownicy samorządowi, przedstawiciele lokalnej inteligencji. Coraz częściej jednostki i instytucje samorządów terytorialnych włączają się w organizację i patronat nad funkcjonowaniem UTW, które przynoszą prestiż i nobilitację środowiskom lokalnym, w których pracują. Liczba uczestników waha się od 65 (Zakopane) do ponad 1200 osób (Warszawa) [Konieczna-Woźniak 2001, s. 132].

UTW działają w dwóch generalnych nurtach androedukacji: angielskim, luźno powiązanim ze środowiskiem akademickim, którego cechą zasadniczą jest nastawienie na upowszechnianie wiedzy, i francuskim, oddziałującym „w głąb” osobowości uczestników, działającym w formie integralnych wydziałów, instytutów uczelni wyższych bądź palcówek współpracujących z nimi.

W Polsce reprezentantem nurtu intensywnego jest działający od 1982 roku przy Uniwersytecie Jagiellońskim krakowski UTW, międzyuczelniane studium z dwudziestoletnią tradycją, z którym związanych jest już ok. 3400 osób. Jako jedyny w Polsce i jeden z nielicznych w świecie wpisuje się w program dyplomowej edukacji permanentnej, skierowanej w tym przypadku do osób starszych. Rok akademicki trwa od października do czerwca. Studentami mogą być osoby już niepracujące, które przy postępowaniu rekrutacyjnym złożą podanie, życiorys, dwie fotografie (do legitymacji i indeksu), przedstawia świadectwo dojrzałości lub dyplom uczelni wyższej. Wprowadzono w nim podział na zróżnicowane programowo roczniki: I, II, III oraz Klub Absolwenta (w planach – forum dyskusyjne). Wykłady I roku

odbywają się 4 razy w tygodniu, roczniki II i III spotykają się dwa razy w tygodniu na seminariach i konwersatoriach. Słuchacze mają możliwość wyboru 2-3 rodzajów zajęć, obowiązek usprawiedliwiania absencji, notowania treści wykładów, pisania prac semestralnych, samodzielnego prowadzenia niektórych zajęć. Fakt samodzielnego opracowania treści i omówienia jej jakości podczas konsultacji z nauczycielem akademickim jest wystarczający do zaliczenia pracy. Dla najbardziej aktywnych stworzono Samokształceniowe Koła Naukowe. Ze względu na ogromne zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach UTW w roku akademickim 2003/2004 zmodyfikowane zostały założenia organizacyjno-programowe kształcenia, aby zwiększyć liczbę studentów o 40% – wprowadzono rok zerowy, którego studenci mają możliwość uczestniczenia w programie profilaktyki zdrowia, w spotkaniach w grupach tematycznych i dyskusyjnych. Pierwszeństwo w uczestniczeniu w wykładach otwartych mają ci, dla których zabrakło miejsca na studiach. Ponad 50% z nowo przyjętych na rok akademicki 2003/2004 posiada wykształcenie wyższe. Niemal 90% starających się o przyjęcie na studia stanowią kobiety.

Treści działalności edukacyjnej wynikają z potrzeb intelektualnych rencistów i emerytów. Są konsekwentną realizacją idei edukacji ustawicznej. Zaspokajają potrzeby oświatowe, kulturalne, twórczości i afiliacji osób angażujących się w edukację. Program obejmuje różne dziedziny wiedzy, głównie nauki humanistyczne (historia, historia sztuki, archeologia, filozofia, literatura, języki obce, kultura języka), nauki biologiczno-medyczne i społeczne oraz związane z ochroną środowiska. Formami organizacyjno-dydaktycznymi są otwarte dla wszystkich wykłady, na seminariach o problematyce decydują ich uczestnicy skupieni w 10–20-osobowych grupach, zajęcia specjalistyczne, konwersatoria i lektoraty języków obcych prowadzone na trzech poziomach. Studenci mogą należeć także do zespołów literackich, plastycznych, wokalnych i muzycznych, tkackich, turystyczno-krajoznawczych, gimnastycznych. Mogą korzystać z wycieczek (w tym za niewielką odpłatnością z zagranicznych), stałej oferty kulturalnej i rekreacyjnej. Spotkania uniwersyteckie obejmują ogółem ok. 60 godzin zajęć. Spora różnorodność problematyki, sprawność organizacji zajęć to zasługa samych uczestników, ich aktywności społecznej. Wielkim walorem UTW jest prężna samopomoc koleżeńska (koło SOS). Krakowski UTW prowadzi także działalność naukową, przygotowując konferencje i sympozja oraz działalność wydawniczą, prezentując najciekawsze prace studentów [<http://www.3uj.edu.pl>; 27.10.2003].

Słuchacze pozostałych „akademii seniorów” mogą, bez względu na jakość formalnego wykształcenia, uczęszczać na dowolnie wybrane wykłady, bez przypisania ich do rocznika.

Jednym z najprężniejszych jest ośrodek UTW w Lublinie. Powstał w 1985 roku w wyniku inicjatywy Towarzystwa Wolna Wszechnica Polska. Patronat sprawuje Rektor UMCS przy udziale rektorów pozostałych uczelni

lubelskich. Jest członkiem AIUTA (l'Association Internationale des Universités du Troisième Age), czyli Międzynarodowego Stowarzyszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Na zajęcia zapisuje się corocznie ok. 700 osób, w terenowych oddziałach kolejne kilkadziesiąt. Propozycje obejmują cykle wykładów audytoryjnych, pracę zespołów zainteresowań poszerzających wiedzę i umiejętności z różnych dziedzin kultury (np. sztuki, kultury, literatury, historii, psychologii, obsługi komputera), zespołów integracyjno-rekreacyjnych i wzmacniających sprawność fizyczną, lektoraty trzech języków (angielskiego, francuskiego i niemieckiego). LUTW jest inicjatorem powstania Centrum Aktywizacji Seniorów, którego celem jest wspieranie samodzielności i aktywności osób starszych, poprzez udrożnienie dostępu do poszukiwanych informacji, zachętę do dbania o sprawność fizyczną i własne zdrowie, stworzenie okazji do porozmawiania i zabawy. Ośrodek prowadzony jest przez wolontariuszy reprezentujących różne pokolenia [<http://www.umcs.lublin.pl>; 27.10.2003].

W celu zilustrowania działalności „najmniejszych” uniwersytetów wybrałam te o najkrótszej historii i stosunkowo małej liczbie uczestników (choć zważywszy na proporcję do liczby mieszkańców danego miasta może się okazać, że te „małe” są „większe” od najbardziej uznanych). Np. UTW przy Oświęcimskim Centrum Kultury działa od 1997 roku skupiając ok. 80 osób. Propozycje zajęć obejmują zagadnienia z zakresu socjologii, psychologii i filozofii, historii sztuki i wiedzy o filmie, wyjazdy do muzeów, teatrów. Promowane jest zdrowie poprzez zajęcia ruchowe – ćwiczenia rehabilitacyjne, taniec, basen. Poznawana jest historia i zabytki rejonu Oświęcimia [<http://www.ock.org.pl>, 15.09.2003].

W Elblągu od 1999 roku, w strukturze samorządowego programu „Bezpieczna starość”, działa Uniwersytet Trzeciego Wieku i Osób Niepełnosprawnych. Skupia ok. 80 słuchaczy – są to osoby starsze, niepełnosprawne, bezrobotne. Ważnym zadaniem jest przełamywanie izolacji społecznej, integracja seniorów i osób niepełnosprawnych. Zajęcia ujęte są w bloki tematyczne: wykłady dotyczące różnych dziedzin życia, warsztaty rękodzieła artystycznego, warsztaty malarskie, zajęcia muzyczne, zajęcia gimnastyczne, zajęcia na krytej pływalni, wycieczki rekreacyjno-poznawcze.

UTW w Stargardzie Szczecińskim powstał w 2000 roku. W roku 2002/2003 miał 129 słuchaczy, którzy uczestniczyli w zajęciach z historii i literatury, języka niemieckiego i angielskiego, promocji zdrowia oraz sekcji brydżowej i turystyczno-krajoznawczej.

UTW w Pile działa od października 2002 roku. Patronat sprawuje Wyższa Szkoła Biznesu. Wpisowe wynosi 10 zł na dany rok akademicki. Zajęcia prowadzone są w formach grup zainteresowań (turystyka, profilaktyka, rekreacja, kultura i sztuka, informatyka), lektoratów języków angielskiego, niemieckiego, klubu dyskusyjnego. Systematyczne odbywają się obowiązkowe comiesięczne wykłady, jeden ze studentów społecznie tworzy

i wydaje czasopismo: „Dzienniczek Studencki Wieku Dojrzałego Zwanego Trzecim”. Działalność Uniwersytetu opiera się na pracy wolontaryjnej jego społeczności.

Słowa Olgi Czerniawskiej najpełniej oddają ideę analizowanego ruchu: *UTW dążą do tego, aby czas starości był czasem pełnego życia, napelnionego tym co warto robić, w co człowiek angażuje się tak, że gotów jest nawet zmienić swój stosunek do świata i ludzi, jeśli okaże się to słuszne. UTW nie chce dawać namiastek wiedzy, nie chce być instytucją oświatową „na niby”, dogadującą, nie wymagającą wysiłku intelektualnego, psychicznego, fizycznego. Chce służyć dialogowi, tzn. spotkaniom osób i kultur, przeszłości i teraźniejszości. [...] starość jest taką fazą, w której czas poświęcony na to, co nie angażuje do głębi, jest byle jaki, jest czasem straconym bezpowrotnie. [...] Dlatego UTW, jeśli ma służyć ludziom starszym, musi czuć nad tym, by nie ulegać procesom komercjalizacji i łatwizny* [za: Konieczna-Woźniak 2001, s. 51].

Podstawową funkcją UTW jest rozbudzanie i zaspokajanie aktywności intelektualnej, emocjonalnej, społecznej, kulturalnej i artystycznej (ruch amatorski), włączanie pokoleń III i IV wieku w nurt wydarzeń ogólnospołecznych.

INNE INSTYTUCJE I PLACÓWKI

Sezonową propozycją są wczasy dla seniorów na ogrodach działkowych. Trwają dwa tygodnie, w godz. od 9.00 - 17.00. Ich organizatorem są Polski Komitet Pomocy Społecznej i miejskie ośrodki pomocy społecznej, sponсорami są zakłady pracy. Wczasowicze otrzymują posiłki i uczestniczą w atrakcyjnym programie, na który składają się: uroczyste rozpoczęcie i zakończenie turnusu, wycieczki autokarowe, spotkania, dyskusje, wieczory poetyckie, występy, potańcówki, wykłady (np. z geriatry, kardiologii, zielarstwa, historii i innych dziedzin wiedzy), gimnastyka rehabilitacyjna, masaże (niewygórowana odpłatność).

Instytucjami odgrywającymi pierwszorzędą rolę w kreowaniu i zaspokajaniu zainteresowań są domy kultury, w których organizowane są dla osób starszych spotkania towarzyskie i okolicznościowe, wycieczki, prowadzona jest gimnastyka, działają sekcje zainteresowań, kabarety, zespoły pieśni i/lub tańca, chóry seniorów, czas wolny spędzają w nich na przykład szachiści i miłośnicy brydża [Szarota 2002].

Bezsporna jest rola jaką spełniają w życiu człowieka starszego kluby seniora, domy kultury, UTW. Przynoszą one przyjemną i owocną ofertę wolnoczasową. Umożliwiają zaspokojenie różnorodnych potrzeb kulturalno-oświatowych, rozbudzają ciekawość poznawczą, nowe zainteresowania. Poprawiają wizerunek własny, podnoszą samoocenę ludzi starszych: *Uniwersytet podtrzymuje afirmatywne samopoczucie, jest to nieznana dotąd*

satysfakcja, to jest to, co się robi z przyjemnością i co daje siły do dalszego życia [Susułowska, 1985, s. 335].

U uczestników omawianych form wzrasta poziom aktywności życiowej, w tym przede wszystkim częstotliwość i głębokość interakcji społecznych. Widmo „śmierci społecznej” zostaje oddalone, rozwiewa się. Ludzie starsi na nowo odkrywają własne możliwości i znajdują satysfakcję płynącą z bezinteresownej i zaangażowanej aktywności społecznej i intelektualnej.

OŚRODKI POMOCY SPOŁECZNEJ

Czy w warunkach domów pomocy społecznej możliwe jest wdrożenie oferty wolnoczasowej, rewitalizującej siły najstarszych mieszkańców? Wydaje się, że tak, ale pod warunkiem, że pracownicy będą umieli w sposób poprawny i właściwy zachęcić podopiecznych do twórczego korzystania z propozycji, które będą do nich kierowane. Strona legislacyjna takiej działalności istnieje od 1990 roku [Ustawa o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 64/1990, poz.. 414], a ośrodki kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr gerontologicznych systemu pomocy społecznej coraz częściej diagnozują stan potrzeb oświatowych pracowników i wdrażają odpowiednie programy edukacyjne, przygotowujące do pracy kulturalno-oświatowej z osobami starszymi [Szarota 1999, 2000 b]. Jest to niewątpliwie zwiastun pozytywnych zmian zachodzących w świadczeniach i opiece nad zwiększającą się populacją Polaków w podeszłym wieku.

Ośrodki pomocy mają za zadanie realizować potrzeby wyższe mieszkańców poprzez: atrakcyjną ofertę kulturalną i rekreację, włączanie osób starszych w interakcje ze środowiskiem mieszkańców i lokalnym. Domy pomocy społecznej starają się więc także o zaspokojenie potrzeb kulturalno-oświatowych ludzi trzeciego wieku. Organizowane są różne formy wsparcia, do których zalicza się między innymi aktywizację mieszkańców, terapię zajęciową, zajęcia kulturalno-rekreacyjne. Misją placówek jest tworzenie warunków, które poza zaspokojeniem potrzeb egzystencji, służą rozwojowi osobowości. Głównym celem jest rewitalizacja, geratropika (ożywienie, aktywizacja), organizacja czasu wolnego i integracja mieszkańców, ich wzajemna współpraca i dbałość o dobre samopoczucie, umożliwienie im uczestnictwa w kulturze i sztuce.

W ośrodkach prowadzone są liczne zajęcia kulturalne i rekreacyjne, między innymi: zabawy taneczne, wspólne śpiewanie, tak solistów jak i członków zespołów wokalnych, zwiedzanie muzeów, wizyty w teatrach, filharmoniach, uczestnictwo w przeglądach dorobku artystycznego domów pomocy społecznej, ogniska, wycieczki. Prowadzona jest arteterapia, która polega na działaniu poprzez kulturę i sztukę: taniec i ruch, muzykę (muzykoterapia), prace plastyczne i literackie (biblioterapia) [Szulc 1993; Włodek-Chronowska 1991; Zaorska 1999] i ergoterapię. W wielu domach dzia-

lają zespoły muzyczno-wokalne czy teatralno-kabaretowe. Uprawiana amatorsko twórczość artystyczna niejednokrotnie zaskakuje swym pięknem, estetyką, inwencją. Należy tu zaznaczyć, że znacząca część artystów zaczęła uprawiać sztukę dopiero po przybyciu do placówki. Ergoterpia to stwarzanie warunków, dopomaganie w wykonywaniu przez mieszkańców pracy użytecznej, dopasowanej do ich możliwości i sił. W ramach ergoterapii mieszkańcy szyją, gotują, pracują w stolarni lub ogrodzie (czasem w gospodarstwie), pełnią dyżury np. w portierni. Prowadzona jest rehabilitacja oraz lecznicza rehabilitacja przyłóżkowa, organizowane są wczasy i turnusy rehabilitacyjne. Są specjalnie wydzielone pomieszczenia do zajęć, pracownie, biblioteki, sale gimnastyczne, świetlice i pokoje dziennego pobytu. Placówki dysponują instrumentami muzycznymi i sprzętem do odtwarzania muzyki.

W każdym domu jest kapelan, pełniona jest posługa religijna, organizowany jest ruch wspólnotowy, pielgrzymki. Mieszkańcy innych wyznań mogą swobodnie wyznawać własną religię.

Wciąż zaniedbanym problemem jest brak nowatorskich pomysłów wzbogacenia terapii przyłóżkowej, przeznaczonej dla osób leżących.

Mieszkańcy są zachęcani do jak największej samorządności i samopomocy. Ich opinie i postulaty są ważnym przyczynkiem do ulepszania jakości przestrzeni społecznej domów pomocy społecznej [Szarota 1998, 2000 a].

DZIENNE DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Kolejnym krokiem wiodącym do optymalizacji rozwiązań narastającego problemu starzejącego się społeczeństwa stały się miejskie lub gminne **dzienne domy pomocy społecznej** (domy dziennego pobytu), czyli małe ośrodki z niewielką liczbą dochodzących pensjonariuszy. Tego rodzaju placówki są relatywnie tanie w utrzymaniu, jednocześnie gwarantują zaspokojenie wszelkich potrzeb podopiecznych, którzy w dalszym ciągu są ze swymi bliskimi, ale ich rodziny nie są przeciążone koniecznością nieustannej opieki nad najstarszymi członkami. Natomiast osobom samotnym pozwalają na utrzymanie samodzielności, niezależności, przy równoczesnej możliwości otrzymywania wszelkiego koniecznego wsparcia. Społeczność dziennego domu nie pozostaje w stanie permanentnej izolacji od społeczeństwa i środowiska. Jest to forma łącząca opiekę czasową z kreowaniem i zaspokajaniem zainteresowań wolnoczasowych podopiecznych. Placówki te: zapewniają opiekę i stwarzają odpowiednie warunki do wielogodzinnego przebywania w nich osobom ze zmniejszoną sprawnością psychofizyczną, osobom w wieku emerytalnym, zakwalifikowanym do korzystania z wszystkich form działalności. Z ich usług korzystają osoby, spośród których część w ramach świadczeń pomocowych otrzymuje wyżywienie. Średnia wieku podopiecznych dziennych domów pomocy społecznej wynosi ponad 80 lat. Są to w większości samotne kobiety.

Dzienne domy pomocy społecznej inspirują także powstawanie grup wsparcia i wzmacnianie więzi społecznych poprzez działania aktywizujące środowisko.

Zapewniają co najmniej jeden ciepły posiłek, umożliwiają korzystanie z przedmiotów i urządzeń służących higienie, zaspokajają potrzeby kulturalne uczestników zajęć, prowadzą terapię zajęciową, rehabilitację. W ośrodkach działają społeczne rady domów, które współpracują z kierownikami w zakresie ustalania programu działalności. W jej ramach odbywają się m.in. cykliczne spotkania literacko-muzyczne, prelekcje, spotkania ze społecznościami innych ośrodków, wycieczki, uprawiana jest twórczość artystyczna, organizowane są zabawy towarzyskie. Dienne domy pomocy społecznej dysponują pomieszczeniami umożliwiającymi organizację terapii zajęciowej, rehabilitację, wypoczynek, życie kulturalne, prowadzenie biblioteki. Czynne są w dni robocze, przez co najmniej 8 godzin dziennie. Korzystanie z usług placówki jest odpłatne. Cenę ustala miejski ośrodek pomocy społecznej. Obok podstawowych zadań związanych z prawidłowym funkcjonowaniem ośrodków wymienić trzeba ciągle, całoroczne prowadzenie rehabilitacji i terapii zajęciowej (biblioterapia, ergoterapia – przedmioty użytkowe, prowadzenie biblioteki, kroniki, organizowanie kiermaszów wytworów podopiecznych, arteterapia – techniki malarskie, przygotowywanie świątecznych ozdób) oraz indywidualnej psychoterapii i wizyt domowych. Systematyczny charakter mają spotkania literacko-poetyckie, projekcje w klubie wideo, kąciki czytelnika i krzyżówkowicza, spotkania towarzyskie i okolicznościowe (np. z okazji dni Babci i Dziadka, Kobiet). Prowadzone są także zajęcia o charakterze rekreacyjno-kulturalnym: organizowane są wizyty w domach kultury, prelekcje, spotkania z piosenką, bale i zabawy taneczne, wyjścia do kin i teatrów, muzeów, wycieczki itd. [Szarota 2002].

ZAKOŃCZENIE

Papież Jan XXIII uważał, że: *Ludzie są jak wino. Niektórzy zmieniają się w ocet, ale większość wraz z wiekiem zyskuje na wartości*; Jan Paweł II dostrzegł natomiast, że: *Z pojednawczej mocy przychodzącej z wiekiem mądrości rodzi się życzliwość, cierpliwość, zrozumienie i cenny klejnot jesieni życia – poczucie humoru*. Niech te dwie uwagi posłużą za puentę niniejszych rozważań.

PIŚMIENNICTWO

- Aleksander T., 2001: *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce*, „Rocznik Pedagogiczny” nr 24.
- Brown D., 1994: *Najlepsze lata masz jeszcze przed sobą, czyli jak się wesóło (i bez godności) zestarzeć*, Warszawski Dom Wydawniczy.
- Czerniawska O., 1996: *Edukacja osób „trzeciego wieku”*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Wyd. Instytutu Technologii Eksploatacji, Warszawa.
- Czerniawska O., 2000: *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wydawnictwo WSH-E, Łódź.
- Dzięgielewska M. (red.), 2000: *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Łódź.
- Halicki J., 1997: *Zastosowanie teorii kompetencyjnej do edukacji seniorów*, „Edukacja Dorosłych” nr 2.
- Halicki J., 2000: *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok.
- Kamiński A., 1982: *Funkcje pedagogiki społecznej*, PWN, Warszawa.
- Konieczna-Woźniak R., 2001: *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów*, Wyd. UAM, Poznań.
- Lehr U., 1989: *Kompetenz im Alter-Beitrage aus gerontologischer Forschung und Praxis*, [w:] *Kompetenz im Alter*, Monchen, Peutinger-Institut.
- Pietrasinski Z., 1992: *Rozwój ludzi dorosłych*, [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*, PWN, Warszawa.
- Puchalska B., 1986: *O nowy model starości*, [w:] *Encyklopedia Seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Rembowski J., 1984: *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa-Poznań.
- Schmidt F.D., Boland S.M., 1986: *Structure of perceptions of older adults: evidence for multiple stereotypes*, „Psychology of Aging” 3.
- Skinner B.F., Vaughan M.E., 1993: *Przyjemnej starości! Poradnik praktyczny*, Wydawnictwo BUS, Kraków.
- Susułowska M., 1989: *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
- Szarota Z., 1998: *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wyd. Nauk. WSP, Kraków.
- Szarota Z., 1999: *Gerontologia w programach akademickiego kształcenia pedagogicznego*, „Gerontologia Polska” nr 7 (3-4).
- Szarota Z., 2000 a: *Formy aktywności mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób starszych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, TEXT, Kraków.
- Szarota Z., 2000 b: *Gerontologia społeczna i oświatowa w Akademii Pedagogicznej*, [w:] O. Czerniawska, E. Woźnicka (red.), „Gerontologia”, Zeszyty Naukowe WSH-E w Łodzi, nr 7 (12).
- Szarota Z., 2002: *Instytucje i placówki wspierające starość (na przykładzie Krakowa)*, [w:] Z. Brańka (red.), *Podmioty opieki i wychowania*, Wyd. Naukowe AP, Kraków.
- Szewczuk W., 1979: *Psychologia człowieka dorosłego*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Szulc W., 1993: *Sztuka i terapia*, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa.
- Wallis M., 1975: *Późna twórczość wielkich artystów*, PIW, Warszawa.
- Wiśniewska-Roszkowska K., 1989: *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Włodek-Chronowska J. (red.), 1991: *Terapia pedagogiczna*, Skrypty Uczelniane nr 656 UJ, Kraków.
- Zaorska. Z., 1999: *Dodać życia do lat*, Klanza, Lublin.
- Ze srebrem we włosach. Wiersze pilskich Seniorów*, 2003: Stowarzyszenie Pro-Senior, Piła.

BOŻENA GIERCZAK, ZOFIA SZAROTA, ANITA ZIELIŃSKA

OPIEKA NAD CZŁOWIEKIEM STARSZYM W WYBRANYCH KRAJACH EUROPY (SZWAJCARIA, AUSTRIA)

WSTĘP

Celem opracowania jest prezentacja systemów wsparcia udzielanego osobom starszym w wybranych krajach Europy.

Każdy z nas marzy, aby dożyć późnej starości, długo być samodzielnym zdrowym i dawać sobie radę z codziennymi obowiązkami bez niczyjej pomocy. Niestety, choroby i spadek sił uzależnia starszych ludzi od rodziny, najbliższych, pomocy sąsiedzkiej, wreszcie od państwa. Wielka rola przypada wówczas domom opieki, instytucjom socjalnym i różnego rodzaju służbom pomocowym.

W Szwajcarii duża liczba osób starszych mieszka w pensjonatach publicznych lub prywatnych, ale również we własnych domach czy mieszkaniach. Wtedy oferuje się im i ich rodzinom profesjonalną pomoc i opiekę. W Zürichu istnieją dwie takie instytucje: **Spitex** i **Pro Senectute**.

Natomiast w Austrii funkcjonuje KOLPINGHAUSE, czyli dom socjalno-opiekuńczy dla osób starszych i samotnych matek.

SYSTEM OPIEKI W SZWAJCARII

SPITEX – jest organizacją użyteczności publicznej zorientowaną na cele i dobro społeczne. Oferuje fachową pomoc i opiekę ludziom w każdym wieku, tuż po opuszczeniu przez nich szpitala lub po wypadku. Powstał w 1995 roku z połączenia Szwajcarskiego Towarzystwa Opieki Domowej (SVHO), Szwajcarskiej Środowiskowej Opieki Społecznej i Organizacji Opieki Zdrowotnej (SVGO). Spitex ofiarowuje pomoc i opiekę ludziom ze wszystkich przedziałów wiekowych. Pomaga w każdym przypadku. Otacza optymalną opieką w domu lub w Centrum Spitex, ułatwia osobie starszej opuszczającej szpital powrót do domu i egzystowanie w nim. Już w szpitalu przeprowadzony zostaje wywiad z pacjentem, a lekarz wypisuje zlecenie na specjalistyczne usługi. Szpital informuje Spitex, jakie potrzeby ma starszy czło-

wiek i jakiego rodzaju pomocy oczekuje. Z kolei pracownik Spitexu określa, zakres czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych do wykonania.

Spitex proponuje usługi trzech grup pielęgnacyjno-opiekuńczych:

1) dyplomowane pielęgniarki,

2) opiekunki: pomoc pielęgniarstwa i pielęgnacja chorego, a w razie potrzeby sprzątanie i gotowanie,

3) ekipy sprzątające i robiące zakupy (bez pielęgnacji).

Służby Spitex zapewniają: opiekę w zdrowiu i chorobie, doradztwo, prewencję, terapię, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz ścisły kontakt z lekarzami domowymi. Bardzo dobrze układa się współpraca z aptekami. Lekarstwa w razie potrzeby dostarczane są do domu chorego lub do Spitexu. Jeśli nie posiada się recepty, farmaceuta wydaje leki i czeka na jej dostarczenie. Spitex dysponuje własnym ambulatorium. Może również zaproponować dzienny dom opieki.

Organizacja posiada w swych szeregach służby: doradcze (socjalne, psychologiczne, prawne), zaopatrzeniowe (zakupy, posiłki), przeprowadzkowe, transportowe, pomagające w dostarczaniu technicznych środków pomocniczych (np. wózków inwalidzkich), zorganizowaną pomoc sąsiedzką.

Oferuje także usługi fryzjerskie i kosmetyczne, montaż tele-alarmu (do telefonu podłączana jest specjalna przystawka. W razie potrzeby po naciśnięciu przycisku włącza się alarm w najbliższym punkcie Spitex).

Oferta jest jak widać bardzo duża i wszechstronna.

Pod hasłem „samodzielnie mieszkać” powstało osiedle fundacji miasta Zürich. Samodzielnie i niezależnie też na starość? Oczywiście, dlaczego nie! Własne mieszkanie, gotowanie we własnej kuchni, posiłki o określonej przez siebie porze, indywidualny styl życia, to oznacza codzienność samodzielną i niezależną. Kiedy ma się ochotę, można przyjmować u siebie gości, czy mieszkać ze swoim ukochanym, domowym zwierzęciem. Sieć dobrych stosunków międzyludzkich sprawia, że mieszkańcy czują się tutaj bezpiecznie i komfortowo. Łatwo nawiązuje się też znajomości i przyjaźnie sąsiedzkie. Podejmowane są wspólnie różnego rodzaju inicjatywy. Służby opiekuńcze i doradcze Spitex są na miejscu. Oferują wsparcie i pomoc. Pracownicy socjalni chętnie pomagają we wszelkich sprawach osobistych, dotyczących np. płatności, kontaktów z urzędami, instytucjami, itp. Własny, osiedlowy kwalifikowany personel opiekuńczy (lub z najbliższego Spitexu) jest w stałym kontakcie z mieszkańcami, opiekuje się nimi, pomaga w gospodarstwach domowych. W nocy i w weekend „czuwa” na osiedlu pogotowie wypadkowe. Mieszkańcy wybierają spośród siebie 2–3 przedstawicieli, którzy regularnie kontaktują się z administracją osiedla. Każdą prośbę czy uwagę można przekazywać również poprzez służby sprzątające.

Warunki, jakie trzeba spełnić, aby zamieszkać na takim osiedlu, są następujące: wiek powyżej 60 lat (jeśli jest to para, to w tym wieku przynajmniej jedna osoba), samodzielność w prowadzeniu gospodarstwa domo-

wego, stałe zameldowanie w Zürichu od przynajmniej 2 lat, określone roczne dochody.

Spitex pomaga również ludziom nieuleczalnie chorym, którzy chcą umrzeć w domu. Opiekun regularnie odwiedza chorego, aplikuje środki przeciwbólowe, pomaga w codziennej toalecie.

Spitex to organizacja użyteczności publicznej, dla wszystkich, niezależnie od wieku, natomiast Pro Senectute to fundacja dla ludzi starszych.

PRO SENECTUTE

Fundacja ta powstała w Kantonie Zürich już w 1917 roku; od 1993 roku zaistniała jako neutralna, apolityczna, samodzielna jednostka. Wcześniej istniała i prężnie działała, ale całkowicie w ramach ogólnoszwajcarskiej instytucji. Pro Senectute (PS) jest instytucją prywatną. Powstała specjalnie, by opiekować się ludźmi starszymi, pomagać im i ich rodzinom. Pro Senectute w Kantonie Zürich ma 14 oddziałów, 400 wykwalifikowanych pracowników oraz 2000 czynnych pomocników. Działalność w okresie ostatnich 10 lat okazała się milowym krokiem w działalności fundacji. Zaczęto tworzyć nowe służby powiernicze i pomocowe, rozwijać zakres służb usługowych, rozszerzać działalność służb porządkowych. Powstało wiele ofert dla starszych ludzi, np. dla chorych na Alzheimera, nowe kursy: sportowe, obsługi komputera, administrowania rentami. Stałe powiększa się paleta propozycji Fundacji.

Rzeczywistość jest taka, że potrzeby ludzi starszych rosną, wyższe są ich wymagania, potrzebna jest też większa indywidualizacja działań dla dobra podopiecznych. Od pracowników Pro Senectute oczekiwane są wysokie kwalifikacje i dalsza modyfikacja działań. Wszystko po to, aby starszy człowiek korzystający z ich usług czuł się komfortowo, bezpiecznie, a jakość jego życia polepszyła się. W ofercie pomocowej PS znaleźć można propozycje dla seniorów, ale także dla ich krewnych. Sytuacja mieszkaniowa, finanse, partnerstwo, rodzina, kształtują styl życia ludzi w starszym wieku.

Są tacy, którym codzienne obowiązki wypełniają cały ich czas, ale są i tacy, którym doskwiera samotność, u których pojawia się potrzeba wypełnienia czasu wolnego, potrzeba kontaktu z innymi ludźmi. Jak uprzyjemnić im życie, ułatwić je, jak i czym wypełnić ich wolny czas, jak pomóc rozwiązywać problemy – to zadania dla służb pomocowych Pro Senectute. Towarzyszą samotnym, służą pomocą w chorobie, ale i doradzają, jak gospodarować domowym budżetem. Pomagają starszemu człowiekowi stać się bardziej samodzielnym w codziennym życiu. Wszyscy, którzy zgłoszą się do oddziałów fundacji, mogą liczyć na wsparcie.

Zgodnie z szacunkami fachowców ok. 5% starszych ludzi w Szwajcarii jest dręczonych psychicznie i fizycznie. Tak jak o przemocy wobec kobiet albo dzieci mówi się otwarcie i podejmuje działania pomocowe, tak przemoc

wobec ludzi starszych jest jeszcze tematem tabu. Dlatego z inicjatywy Pro Senectute 9 kwietnia 2003 roku w Domu Kongresowym w Zürichu odbyła się konferencja mająca na celu zwrócenie uwagi na ten właśnie problem. Podkreślono, że sprawa przemocy wobec ludzi starszych nie powinna być rozpatrywana jak izolowany przypadek (dotyczący sprawcy i ofiary), ale jako problem ogólnospołeczny. Niestety, różnorakie stosunki i zależności, które z biegiem czasu rozwijają się w rodzinie, mogą w kryzysowej sytuacji wyzwolić agresję. To smutne i oburzające. Dlatego trzeba temu przeciwdziałać, nie dopuścić do przemocy. Właśnie takiego zadania podjęli się pracownicy Pro Senectute.

Stosując zasadę „wspólny problem, mniejszy problem”, starsi ludzie oczekują nie tylko wypłaconej w terminie renty, ale i zaufanej osoby, z którą mogłyby porozmawiać o swoich problemach. Pro Senectute ma w swych szeregach takich właśnie ludzi. Opiekunowie pomagają w ramach ustalonych godzin, regularnych zleceń, ale także w razie potrzeby zostają „po godzinach” bezinteresownie. Doradca socjalny pomaga swoim podopiecznym bezpłatnie i fachowo. Pomaga też, jeśli to możliwe, w ich aktywizacji.

Wielu starszych ludzi robi zakupy i gotuje tylko dla siebie. Powodem jest to często brak urozmaicenia w pożywieniu. W tym przypadku przychodzi z pomocą kuchnia domu opieki Adlergarten. Tutaj przygotowuje się posiłki, można sobie wybrać z szerokiego menu, to co się lubi, na co ma się ochotę, zamówić, a potem otrzymać posiłek bezpośrednio do domu wraz z piecykiem do jego podgrzania. Jeśli wymaga tego sytuacja, pracownik PS zostaje w domu starszej osoby i towarzyszy jej jak długo trzeba. Służby zaopatrzeniowe przyjmują również zamówienia na np. jesiennie menu, lekką dietę, posiłki dla diabetyków i wegetarian, jedzenie rozdrobione (zmielone). „Potrawy zawsze świeże i pełnowartościowe”, „Jedzenie jest bardzo ważne!”, „Jedz zdrowo i rozważnie!”, „Posiłki najlepiej smakują w domu” – to główne hasła z broszury reklamowanej, wydanej przez PS.

Zdarza się, że starsi ludzie nie mogą sami zrobić zakupów albo gotować z powodu podeszłego wieku, choroby, wypadku, wtedy z pomocą przychodzą pracownicy służby Mahlzeit i proponują posiłki przygotowane w miejskiej kuchni i dostarczone bezpośrednio do domów 3 razy w tygodniu. Jedzenie jest zdrowe, bez konserwantów i higienicznie zapakowane. Proponowane warianty to: pełne wyżywienie, lekkie, dietetyczne posiłki, potrawy dla diabetyków, posiłki bezmięsne.

Starsi ludzie nie mają też sił do ciągłego sprzątania. Zbyt wiele wysiłku kosztuje ich mycie okien, szafek, wieszanie firanek, trzepanie dywanów. Często też wykonywanie codziennych czynności sprawia im kłopot, np. robienie zakupów, mycie naczyń. Wtedy pojawia się u nich sekcja czyszcząca PS z hasłem „przynosimy ci czystość, poczujesz się dobrze i zdrowo”. Swe usługi wykonują profesjonalnie. Należą do nich: gruntowne sprzątanie, prasowanie, zakupy, drobne naprawy. Jedna ekipa to 2 osoby ze swo-

imi materiałami. Zamawiający otrzymuje rachunek za usługę, płatny do 30 dni. Jeśli jest ubezpieczony (ubezpieczenie podstawowe AHA i dodatkowo IV), może otrzymać z urzędu miejskiego częściowy zwrot kosztów.

Pro Senectute proponuje również bogaty program aktywizacji fizycznej i umysłowej seniorów. Oferuje samoorganizującym się grupom interesujące zajęcia wypełniające im wolny czas. PS bezpłatnie pośredniczy w nawiązywaniu kontaktów (udostępnia adresy, numery telefonów), pomaga tworzyć nowe grupy zainteresowań.

Starsi ludzie z przyjemnością wspólnie słuchają muzyki, śpiewają, chodzą do teatru, uczą się obsługiwać komputer. Do aktywizacji fizycznej przyczyniają się wszelkiego rodzaju kursy sportowe. Wszyscy wiedzą, że regularny ruch poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne. PS organizuje rozmaite ćwiczenia ruchowe w ramach zajęć sportowych. Są to: gimnastyka, turystyka, pływanie, gimnastyka w wodzie, taniec, tenis, Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga, bieganie, wycieczki rowerowe, narciarstwo i wiele innych. Upadki są najczęstszym problemem starszych ludzi, dlatego wprowadzono nowy rodzaj ćwiczeń na kursach równowagi. Pomagają one człowiekowi pewnie stanąć ponownie na własnych nogach, dodają odwagi, pewności siebie i polepszają ogólną sprawność fizyczną. Starsi ludzie wprowadzani są również w tajemnice nowoczesnej techniki.

Kursy pomagają im zapoznać się z nowoczesnymi udogodnieniami życia współczesnego, nowinkami technicznymi. Uczą się np. jak korzystać z automatów biletowych, nowych bankomatów w dużych bankach. Fachowcy pomogą też zapoznać się z obsługą komputera i telefonu komórkowego. Jeśli dla starszego człowieka „papiery to za dużo”, pracownicy Pro Senectute zajmują się załatwieniem za niego spraw np. ubezpieczeniowych, podatkowych. Udzielają również porad dotyczących mieszkań np. zmodernizowania mieszkania, przystosowania go do potrzeb niepełnosprawnego właściciela – starsi ludzie pytają, a fachowcy odpowiadają: „co zrobić, aby próg nie był barierą?”, „jak przebudować łazienkę lub kuchnię, żeby nie było tak ciasno?”. Porady są bezpłatne.

Interesującą propozycją skierowaną do seniorów i seniorek był kurs gotowania pod nazwą: „Włoska podróż kulinarno-kulturalna”. Było to gotowanie i czytanie ze znaną autorką książek kucharskich Alice Vollender, znawczynią włoskiej kuchni. Sponsorem całego kursu były Zakłady Energetyczne miasta Zürich. Fundacja ma 350 takich darczyńców.

Bardzo interesujący jest również program: „Seniorzy w klasach szkolnych”. Starsi ludzie w Zürichu stworzyli ten projekt z własnej inicjatywy. Ludzie z doświadczeniem życiowym oraz wiedzą wspierają skutecznie nauczycieli przez parę godzin w tygodniu. Są nieocenioną podporą na zajęciach szkolnych i w przedszkolach. Pro Senectute tylko koordynuje pomoc świadczoną dobrowolnie przez seniorów-nauczycieli. Odbywa się to z ogromną korzyścią dla wszystkich.

W Bülach seniorzy i seniorki przez 2 - 4 godziny tygodniowo pomagają dzieciom w nauce w szkole podstawowej i w liceum. Pomagają też w pracach ręcznych w przedszkolach i świetlicach. Od jesieni 2002 roku 8 osób (pomocy klasowych) angażuje się też w pomoc dzieciom z internatu szkolnego. Starsi ludzie towarzyszą dzieciom w przyszkolnych przedszkolach, pomagają uczniom szkół zawodowych. Wprowadzono również program „Szkoła B”. Polega on na tym, że seniorzy będą pracować z dziećmi w czasie wakacji. Wszystko odbywa się oczywiście za zgodą i aprobatą związku nauczycieli. Ci, którzy lubią angażować się w pracę z dziećmi i młodzieżą, mogą zrzeszać się w grupy „pomocy klasowych” i regularnie pomagać uczniom z wybranej klasy. Ten projekt to świetny pomysł pod każdym względem, a pomoc ludzi starszego pokolenia udzielana młodym buduje trwałe mosty między generacjami.

Z fundacją Pro Senectute współpracują też ochotnicy z „pomocy sąsiedzkiej”. Wolontariusze organizują sieć tej pomocy. Do akcji pozyskiwania ochotników włączył się też Kościół protestancki. „Pomoc sąsiedzka” popiera i wspiera kontakty sąsiedzkie, pośredniczy w ich nawiązywaniu.

W oddziałach Pro Senectute nie odczuwa się różnicy pokoleń. Spotykają się tam i dobrowolnie ze sobą współpracują młodzi i starzy. Projektują nowe zajęcia grupowe, odwiedzają się nawzajem, wymieniają poglądy i doświadczenia.

Pro Senectute wydaje również swój kwartalnik, bogato ilustrowany magazyn „Visit”. Ukazuje się on w nakładzie 43 000 egzemplarzy. Jest przesyłany do domów, a adresowany do wszystkich zainteresowanych programem i ofertami fundacji. Znaleźć tam można dużo ciekawych artykułów dotyczących ludzi pracujących w organizacji, informacje o kursach, imprezach kulturalnych, spotkaniach, wycieczkach, zajęciach sportowych. Są porady ogłoszenia, harmonogramy imprez.

DOŚWIADCZENIA AUSTRIACKIE

W Austrii każda starsza osoba otrzymuje dodatki socjalne niezależne od renty. Są one przyznawane według stopnia potrzeb opieki i przeznaczone na pomoc pielęgnacyjną w domu, przy sprzątaniu, w zakupach, na jedzenie, dojazd do lekarza i lekarstwa, dodatki do opłat za mieszkania, małe naprawy i remonty, dodatki redukcyjne (mniejsze opłaty za bilety komunikacyjne, telefon, abonament radiowo-telewizyjny). Wśród różnorodnych form pomocy doraźnej wyróżnić można dowożenie książek z bibliotek, pomoc w dojeździe do lekarza, opiekę dochodzącą (Mobiledieust). Działają centra dziennego pobytu oraz domy dla osób starszych (w samym Wiedniu – 54 ośrodki z 17 tys. miejsc, w tym 20 prywatnych i Caritasu – z 5 tys. miejsc). Wśród placówek stacjonarnych popularne są domy z oddziałem pielęgnacyjnym dla 10–20 osób.

Przykładem rozwiązań problemu pomocy ludziom starszym w Austrii może być działalność chrześcijańskiej organizacji Kolping Österreich ze 150-letnią tradycją (zrzesza 450 tys. członków w ponad 50 krajach świata). KOLPING poświęca się integracji, opiece i przyjmowaniu różnorodnych grup społecznych, które z różnych powodów muszą rozwinąć nowe perspektywy życia, pomaga im w nowych sytuacjach i otacza opieką w integracji. W 2003 roku przy wsparciu i pomocy Republiki Austrii powstał wiedeński KOLPINGHAUS – „Wspólne życie”, czyli dom socjalno-opiekuńczy osób starszych i potrzebujących opieki oraz młodych rodzin, samotnych matek i azylantów. Jest to już 25. „Dom Kolpinga” w Austrii. Ideą inicjatywy jest popieranie solidarności międzypokoleniowej poprzez łączenie kilku generacji pod jednym dachem. Zapobiega to izolacji poszczególnych grup, wzmacnia poczucie przynależności i użyteczności społecznej, buduje więzi międzyludzkie. Z około 7000 specjalistycznymi, rozwijającymi się placówkami jest największym, prywatnym, międzynarodowym przedstawicielem Austrii.

Celem projektu, którego motto brzmi „Młodzi i Starzy pod jednym dachem” jest zapewnienie mieszkań osobom starszym i matkom samotnie wychowującym dzieci oraz dostosowanie ich do potrzeb i możliwości mieszkańców. KOLPING Österreich ma zamiar przygotować na następne dziesiątki lat mieszkania dla seniorów oraz tak długo, jak będzie możliwe, je wspierać.

Aby wszyscy mieszkańcy domu Kolpinga czuli się dobrze proponuje się im, zgodnie z ich życzeniami i potrzebami, optymalne rozwiązania infrastrukturalne, czyli: restaurację z domową, świeżą kuchnią, codzienne zmienne menu, kawiarnię z kamiennym ogrodem, salę widowiskową, pomieszczenia konferencyjne, gabinety lekarskie (lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów), domową kaplicę, pokój odwiedzin dla krewnych i rodziny, salon fryzjerski, portiernię, własne garaże. Ustalono także program zajęć dla mieszkańców, udzielane są porady dietetyczne, psychoterapia i terapia ruchem, gimnastyka, można zamówić masaże, usługi kosmetyczne w domu.

Rozwiązania infrastrukturalne dają możliwość korzystania z wszelkich usług opiekuńczych, socjalnych i kulturalnych (restauracja, kawiarnia, sala widowiskowa, opieka medyczna, psychoterapia, artterapia, kaplica, pokój odwiedzin dla krewnych, masaże, usługi kosmetyczne we własnym mieszkaniu, fryzjer, własne garaże). Kolpinghaus współdziała także ze szpitalem, świadczącym usługi w nagłych przypadkach. Seniorzy, w zależności od zasobów finansowych, mogą korzystać z 58 apartamentów (proponycja dla zamożnych) oraz mieszkań z opieką (80% odpłatności za usługi) i tzw. „próbnych”, czasowych mieszkań.

Apartamenty są w pełni umeblowane, ale można też urządzić pokój meblami własnymi lub zamówionymi według gustu i życzeń lokatora. Mieszkają tu osoby starsze przebywające na emeryturze lub rencie, nie potrzebujące całodobowej opieki. Są to osoby samodzielne, dobrze wcześniej zarabiające, gdyż koszt pobytu muszą one w całość pokryć ze swoich świad-

czeń. Decydują się na pobyt same, nie z przyczyn socjalnych, lecz z własnych potrzeb np.: ze względu na samotność.

Pokoje opiekuńcze są dobrze umeblowane, wyposażone w łóżka pielęgnacyjne i urządzenia alarmujące. W każdym pokoju znajduje się telewizor. Przy każdym łóżku znajduje się aparat telefoniczny i przycisk alarmowy. Chętni zgłaszają się sami lub przywożeni są przez rodziny lub krewnych, gdy w domu nie mogą mieć zapewnionej całodobowej opieki.

KOLPINGHAUS zatrudnia lekarzy o różnej specjalizacji, z długoletnim doświadczeniem w zakresie geriatrici i paliacji. Różni specjaliści udzielają regularnych konsultacji i zawsze są do dyspozycji mieszkańców. Lokatorzy mają prawo wyboru lekarza zaufania. Koszty pokrywane są z ubezpieczenia. Dom Kolpinga posiada szpital partnerski, który świadczy usługi w nagłych przypadkach. Za odpłatnością mieszkańcy mogą korzystać z dodatkowych usług medycznych i pielęgnacyjnych. Według życzeń lokatora dostarczane są do pokoju zamawiane lekarstwa, nadzorowane jest ich dozowanie. Istnieje możliwość dokonania w pokoju kontroli poziomu cukru we krwi, iniekcji, pomiaru temperatury ciała, zmiany opatrunków. Udziela się całkowitej pomocy przy rozbieraniu i ubieraniu, kąpieli i pielęgnacji ciała; możliwe jest przynoszenie posiłków do pokoju. Wizyty personelu pielęgnacyjnego odbywają się codziennie, w razie potrzeby również w nocy. Osoby starsze mają możliwość pozostania w tego rodzaju pokoju na czas nieokreślony. Jeśli stan ich zdrowia nie pozwala na samodzielne życie, mają możliwość przejścia na oddział pielęgnacyjny.

W KOLPINGHAUS pracownicy socjalni i personel opiekuńczy dostosowuje różne formy opieki i pomocy do potrzeb mieszkańców. Osoby starsze potrzebują nie tylko opieki i pielęgnacji, ale przede wszystkim potrzebują komunikacji z innymi ludźmi oraz wsparcia w uporaniu się z różnymi sytuacjami życiowymi, nie tylko cielesnymi, ale i duchowymi. Starość życia przynosi czasem biedę, kryzys dalszego rozwoju i psychosocjalne problemy z samym sobą, które są wyzwaniem dla socjalno-profesjonalnej pomocy. Fachowy personel rozwiązuje w miarę swoich możliwości również problemy krewnych i rodzin osób tu przebywających oraz odpowiada im na pytania dotyczące nie tylko opieki. Ich myślą przewodnią są słowa: „Chcielibyśmy naszych mieszkańców tak traktować, jak chcielibyśmy, aby kiedyś nas ktoś traktował” (Adolf Kolping). Celem pracy personelu jest podnoszenie jakości życia tych osób, stabilizacja samodzielności mieszkańców, kompensacja brakujących uzdolnień, wspieranie potencjalnych zdolności, umożliwienie społecznej integracji.

Program terapeutyczny stwarza starszym i młodym ludziom możliwość wspólnego przeżycia dalszych lat w poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji. Historia życia poszczególnych osób służy opracowaniu podstawowego i indywidualnego planu opieki. Mieszkańcy mają zapewnioną wolność prywatną i swobodę. Przestrzegane są wszystkie prawa człowieka. Samo-

dzielność jest ważnym kryterium w organizacji dnia pracy. Bardzo ważne są rozmowy personelu z mieszkańcami o tym, co chcieliby samodzielnie robić i jakie mają życzenia. Nie odbiera się im możliwości wykonywania codziennych czynności. Swoje mieszkania ozdabiają według własnych życzeń i gustów. Wspólnie wykonują okolicznościowe, świąteczne ozdoby. Utrzymują ciągle kontakty z bliskimi i innymi mieszkańcami. W Domu Kolpinga organizowane są godziny rozmów, spotkania, godziny zabaw i praca kreatywna. Kontakty z innymi osobami odbywają się podczas wspólnych posiłków, świąt, wyjść do kina, zabaw, czytania, oglądania programów telewizyjnych oraz innych atrakcyjnych zajęć. Starsi ludzie zapraszani są na różnorodne przedstawienia do szkół, przedszkoli, klubów i organizacji. Poprzez te wszystkie działania KOLPINGHAUS zapewnia radosną i bezpieczną starość.

W zakończeniu powrócić trzeba jeszcze raz do głównego motta KOLPINGHAUS: „Wspólne życie”, czyli „Młodzi i Starzy pod jednym dachem”. Jest to model połączenia wielu generacji, dzięki czemu nikt nie pozostaje sam, odczuwając ciepło domowego ogniska, ciepło rodzinne, tworząc wspólnotę i przyjaźń. Rodzi się poczucie akceptacji, potrzeba niesienia pomocy innym, wspólnej nauki i aktywności. Dzięki kontaktom ludzi starszych z ludźmi młodymi mogą oni przekazywać sobie wzajemne doświadczenia i mądrość życiową.

PODSUMOWANIE

Niektóre ze współczesnych państw podjęły trud wspierania człowieka starszego w jego dążeniu do utrzymania samodzielności i względnej samowystarczalności i niezależności. Potrzebne są takie domy, dzięki którym można spokojnie spojrzeć w przyszłość. Chciałoby się słyszeć tylko o blaskach nie o cieniach starości, opiece czulej, nadzwyczajnej, a nie o przykrej obojętności lub okrucieństwie.

PIŚMIENNICTWO

- Abratt-Team, 2003, *Unisere Dienste in der Stadt Zürich*, Broschüre „Pro Senectute”
- Bauer J., 2003, *Informationen über die Spitex in der Stadt Zürich*, „Spitex” nr 1.
- Groiss E., 2003, *Gemeinsam Leben*, „Dialog” nr 4.
- Hermesen K. W., 1991, Sozialhilfe, (tłum. B. Brzezińska), Pomoc społeczna, Zeszyt nr 2, Rozwiązania niemieckie, Federalne Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej RFN, Wydawnictwo „Wokół Nas”, Gliwice.
- Hiebert K., 2003, *Die Siedlungen der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich*, „Wohnen in Alter.”
- Nink M., 2003, *Man kommt den Leuten nah, sehr nah*, „Neue Zürcher Zeitung”, 28 September.
- Sedioli C., 2003, *Für Lebensqualität im Alter*, „Visit” nr 3.
- Sedioli C., 2003, „Koch – Lesung” mit der Bekannten Kochbuchautorin Alice Vollenweider, „Visit” nr 3.
- Sedioli C., 2003, Zelweger J., 2003, *Freiwillige Klassenhilfen Schlagen Brücken zwischen den Generationen*, „Visit” nr 3.
- Strasser P., *Jung und Alt wie*, „Krone Zeitung” nr 46.
- <http://www.gemeinsam-leben.at/>, 2003-12-03, godz. 16:51.

JAN ŻYCHOWSKI

PSYCHOLOGICZNE PROBLEMY OSÓB STARSZYCH W SYTUACJI CHOROBY SOMATYCZNEJ (NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW PO PIERWSZYM ZAWALE SERCA)

WSTĘP

Naturalną kolejną rzeczą jest, iż z wiekiem organizm słabnie i wzrasta podatność na różnego rodzaju choroby. Równocześnie zdrowie zajmuje zwykle najwyższą pozycję w hierarchii wartości ludzi starszych. Nie dziwi zatem fakt, że choremu somatycznie w okresie „jesieni życia” towarzyszy szereg problemów natury psychologicznej.

W tym miejscu należy podkreślić niejednolity charakter określenia „człowiek stary”. Długie życie różnicuje ludzi znacznie bardziej niż krótkie, stąd proces starzenia się u każdego przebiega inaczej [Susułowska 1989].

Podobnie obszerne jest pojęcie choroby, rozciągające się na wiele jednostek chorobowych, nieraz bardzo od siebie odległych nie tylko z perspektywy medycznej, lecz także psychologicznej. Dlatego też niniejsza praca ogranicza się do problematyki chorych po pierwszym zawale serca. Wybór tej grupy pacjentów podyktowany został poważnymi konsekwencjami psychologicznymi, na które są narażeni oraz częstym w okresie starości występowaniem choroby wieńcowej (przeważnie właśnie na jej tle dochodzi do zawału serca).

Wśród wielu czynników ryzyka zawału serca wyróżnia się również zmienne psychologiczne. Badania nad zależnościami psychosomatycznymi wiążą się z trzema grupami uwarunkowań. Są to: czynniki sytuacyjne, osobowościowe i tak zwany Wzór zachowania A (WZA).

Nieodłączny element sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek przekraczający próg starości, stanowią różnego rodzaju straty lub koszty starzenia się. Zdarzenia o charakterze straty wzbudzają silne negatywne emocje, zmuszając do przewartościowania dotychczasowego życia.

W okresie późnej dorosłości kryzys starości jest zjawiskiem uniwersalnym, choć nie zawsze zauważanym przez tych, którzy go doświadczają. Do najczęstszych w tym wieku wydarzeń krytycznych należy utrata bliskich osób i przejście na emeryturę.

Skala Ponownego Przystosowania Społecznego (*The Social Readjustment Rating Scale*, SRRS) autorstwa Holmesa i Rahe'a została opracowana na podstawie analizy ponad pięciu tysięcy historii chorób. Wśród wytypowanych na niej 43 sytuacji stresowych śmierć współmałżonka zajmuje pierwszą pozycję. Osoby starsze, częściej niż młode dotyka problem wdowieństwa. Problem ten dotyczy szczególnie kobiet. W Polsce np. ponad połowa kobiet po 65. roku życia to wdowy, przy czym 30% z nich mieszka samotnie [za: Straś-Romanowska 2000]. Poczuciu osamotnienia i wyobcowania sprzyja też utrata długoletnich przyjaciół lub konflikty rodzinne, których człowiek stary nierzadko jest ofiarą. Istnieją dowody, że stres samotności, związany z mniejszymi możliwościami uzyskania wsparcia w sytuacji kryzysowej, wpływa na rozwój chorób krążenia. Samotność stanowi również istotny wyznacznik przeżycia po zawale. Świadczą o tym badania Chandry i wsp. [1983], w których prowadzono obserwację 1400 pacjentów po zawale w ciągu 10 lat od hospitalizacji. W wyniku analizy liczby zgonów pod kątem stanu cywilnego pacjenta odnotowano zdecydowanie wyższy wskaźnik umieralności w grupie samotnych, zarówno w szpitalu, jak i w badaniach kontrolnych po pięciu i dziesięciu latach [za: Bishop 1994/2000].

Innym typowym dla późnej dorosłości zdarzeniem krytycznym jest przejście na emeryturę. Badania socjologiczne ujawniają, iż moment ten, częściej niż się to na ogół wydaje, stanowi dramatyczne przeżycie, zmusza do zmiany trybu życia, zagospodarowania czasu wolnego, ogranicza kontakty z ludźmi i pogarsza warunki materialne. Najważniejszą konsekwencją emerytury jest jednak utrata poczucia znaczenia, prestiżu oraz wzrost poczucia bezużyteczności [za: Straś-Romanowska 2000]. Według raportu lekarzy z *Harvard Medical School* i *Brigham Hospital*, obserwujących mężczyzn (średnia wieku 58 lat) w okęgach Florydy, ryzyko choroby wieńcowej wśród emerytowanych mężczyzn było o około 80% wyższe niż u pracujących [za: Weiner 1985/1996].

Przechodząc do osobowościowych czynników ryzyka zawału serca, nie sposób pominąć nazwiska Flanders Dunbar, łączącego się z tradycją psychoanalityczną. W wyniku przeprowadzonych przez tą autorkę pionierskich badań (1934-1938) podano opis tak zwanej osobowości wieńcowej, na którą miały się składać: wysoka potrzeba dominacji i osiągnięć, wysoka samodyscyplina, cechy kompulsywne, a także tendencja do represjonowania ognisk konfliktowych. Jednakże badania późniejsze, w których starano się unikać popełnionych przez Dunbar błędów metodologicznych, skłaniają do odrzucenia tezy o istnieniu profilów osobowości, predysponujących do określonych chorób somatycznych. Co więcej, na podstawie metaanalizy danych uzyskanych w niezależnych badaniach ustalono, że podawane zespoły cech osobowości przyjmują formę niespecyficzną, a więc występują u pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi [za: Wrześniewski 2000].

Według ostatnich doniesień spośród wszystkich analizowanych cech psychicznych najsilniej z chorobą wieńcową korelują zaburzenia depresyj-

ne. Niemniej prawidłowości te wydają się różnić w zależności od wieku, w którym pojawił się pierwszy epizod depresyjny. Szeroko zakrojone długoterminowe badania populacyjne potwierdziły, że depresyjność stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia i niepomyślnego przebiegu choroby niedokrwiennej oraz zawału serca u obu płci. Natomiast prowadzone w latach 1982-1991 przez Leona de Mendesa i wsp. badanie kohorty ponad dwóch tysięcy osób powyżej 65. roku życia, zdrowych w chwili włączenia ich do programu, wykazało związek objawów depresyjnych z ryzykiem zachorowania na chorobę wieńcową wyłącznie w grupie kobiet. Depresja współwystępowała tutaj z upośledzeniem ogólnej sprawności fizycznej. Autorzy sugerują, że objawy depresyjne mogą poprzedzać narastanie niesprawności, która z kolei stanowi ogniwo pośrednie między depresją a chorobą serca [za: Dudek i wsp. 2001].

Jak wcześniej wspomniano, spora część badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami zawału serca wiąże się z koncepcją Wzoru zachowania A (WZA), sformułowaną przez tandem kardiologów kalifornijskich: Mayera Friedmana i Roya Rosenmana. Wzór zachowania A opisuje się jako „zachowanie, które polega na zaangażowaniu jednostki w permanentną walkę o zdobycie jak największej liczby celów (często niejasno sprecyzowanych) w jak najkrótszym czasie” [za: Wrześniewski 2000, s. 502]. U podłoża tego zachowania tkwią następujące treści: silna potrzeba osiągnięć, tendencja do dominacji, agresywność. Natomiast wśród cech formalnych WZA wyróżnia się: wysoką dynamikę działania, energię, pośpiech i niecierpliwość. Zgodnie z przedstawioną koncepcją, osoby o Wzorze zachowania A są o wiele bardziej narażone na wystąpienie choroby wieńcowej niż osoby o Wzorze zachowania B, charakteryzowane jako mniej skłonne do podejmowania wyzwań, łagodnie usposobione i odprężone. Wstępne dane uzyskane na podstawie dwóch szeroko zakrojonych programów badawczych przeprowadzonych w latach 60. i 70., potwierdziły zależność między WZA a chorobą wieńcową. Przypuszczalnie Wzór zachowania A wiąże się z nadreaktywnością psychologiczną i fizjologiczną w konfrontacji z sytuacją wyzwania, co może prowadzić do nadmiernego obciążenia serca i przyspieszać postęp procesów miażdżycowych. Podejrzewa się też, że głównym elementem WZA, wpływającym na rozwój choroby wieńcowej jest wrogość [za: Bishop 1994/2000]. Niedawne wyniki badań ujawniły, iż WZA zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania nie tylko na chorobę niedokrwinną serca, ale także na inne choroby [za: Wrześniewski 2000].

Przedstawiony powyżej przegląd psychologicznych czynników ryzyka zawału serca opiera się na uznanym od dawna poglądzie, zgodnie z którym człowiek stanowi jedność psychofizyczną. To podstawowe założenie będzie również punktem wyjścia dla rozważań, dotyczących sytuacji psychologicznej osób po zawale.

Przyjmuje się, że choroba wpływa na stan psychiczny i zachowanie pacjenta na trzy sposoby: bezpośrednio, pośrednio i tzw. „drogą psycholo-

giczną” [Czubalski 1995]. Przykładem bezpośredniego działania czynnika etiopatogenetycznego na funkcje komórki nerwowej ośrodkowego układu nerwowego w odniesieniu do pacjentów z zawałem serca mogą być ostre stany lękowe, a nawet psychotyczne, związane z pogorszeniem przepływu krwi przez ośrodki mózgowie. Kiedy niedobór tlenu w mózgu jest dostatecznie długi, pojawia się zespół psychoorganiczny, będący wyrazem trwałego uszkodzenia tkanki mózgowej.

Pośredni wpływ choroby na funkcjonowanie psychiczne pacjentów dokonuje się poprzez różnego rodzaju ograniczenia i dolegliwości, związane z jej przebiegiem. Konsekwencje te składają się na szczególny rodzaj sytuacji stresowej. Omawiany tu zawał serca można rozpatrywać zarówno pod kątem zagrożeń biologicznych (możliwość utraty życia, możliwość inwalidztwa, ograniczenie sprawności fizycznej, niebezpieczeństwo powtórnego zawału), jak i psychospołecznych (możliwość utraty pracy, stanowiska, pozycji w rodzinie itp.). Wszystkie te zagrożenia wywołują lęk, którego destruktywna rola wyraża się poprzez komponenty fizjologiczne i motywacyjne. Lęk, traktowany jako stan emocjonalny, może być szczególnie niebezpieczny w ostrej fazie zawału. Z kolei, jeżeli wysoki poziom lęku utrzymuje się po opuszczeniu szpitala, to może on w sposób zasadniczy utrudnić adaptację do normalnego życia. Pacjenci reagujący nadmiernym niepokojem w sposób nieracjonalny ograniczają swoją aktywność życiową, skazując się tym samym na egzystencję inwalidzką [Wrześniewski 1986].

Istotny czynnik stresowy zawału serca stanowią związane z nim dolegliwości. Zwykle osoba dotknięta zawałem odczuwa bardzo silny, określany czasem jako rozrywający, ból za mostkiem. Do tego dochodzą często: ból i drętwienie kończyn, duszność, nudności i poty. Objawy towarzyszące ostrym epizodom wieńcowym decydują zazwyczaj o szybkim przewiezieniu cierpiącego człowieka do szpitala, gdzie zostaje on podłączony do aparatury podtrzymującej. Przeważnie już sam fakt podłączenia do aparatury podtrzymującej budzi duży niepokój pacjenta (wszak podkreśla krytyczny stan jego zdrowia). W trakcie hospitalizacji pacjent napotyka na szereg problemów, jakie niesie ze sobą pobyt w tzw. instytucji totalnej. Pojęcie instytucji totalnej stworzył Erving Goffman [1961] dla określenia placówki, która przejmuje kontrolę nad praktycznie każdym aspektem życia jednostki. Przyjęcie roli pacjenta, choć wymuszone okolicznościami, wiąże się z przestrzeganiem ustalonego odgórnie harmonogramu. Zdarza się, że chory bywa traktowany przedmiotowo, co budzi jego zdenerwowanie, a nawet złość. Przekazanie kontroli nad własnym życiem osobom trzecim oraz niedostatek informacji prowadzą do zwiększenia lęku i zaburzeń poznawczych pacjenta. Większość osób wydaje się szybko przystosowywać do roli pacjenta. Jednakże część pacjentów, zwłaszcza tych lepiej wykształconych lub nawykłych do sprawowania kontroli nad otoczeniem, odpowiada na stres reaktancją, wyrażającą się w wysiłkach zmierzających do odzyskania przynajmniej części własnej niezależności [za: Bishop 1994/2000]. Reaktancja

przeważnie uzewnętrznia się jako narzekanie oraz próby zwrócenia na siebie uwagi. Bierze się stąd konieczność zrozumienia przez personel medyczny mechanizmów tkwiących u źródeł takiego zachowania. W innym razie pacjent narażony jest na wrogość otoczenia, co z pewnością nie sprzyja procesowi zdrowienia.

Reakcja na stres może przybierać też formę wyuczonej bezradności, wiążącej się często z objawami depresji. Stwierdzono, że ponad 65% chorych bezpośrednio po zawale wykazuje objawy obniżenia nastroju. Na ogół są one przejściowe i mijają w ciągu kilku dni. Niemniej u 16-22% pacjentów objawy te mają większe nasilenie, trwają dłużej i spełniają powszechnie przyjęte kryteria diagnostyczne dużej depresji. Zarówno duża depresja jak i zaburzenia nastroju o mniejszym nasileniu prowadzą do pogorszenia objawów choroby niedokrwiennej. Badania wskazują również, iż współistnienie objawów depresji i choroby niedokrwiennej daje efekt synergistyczny w zakresie upośledzenia jakości życia [za: Dudek i wsp. 2001].

Według Krzysztofa Czubalskiego [1995] wpływ choroby na zachowanie pacjenta (zwłaszcza zdrowotne) na drodze psychologicznej dokonuje się poprzez: obraz własny choroby, znaczenie choroby dla jednostki oraz postawę wobec choroby. Na obraz własny choroby składają się wyobrażenia jednostki na temat: przyczyn choroby, jej wpływu na organizm, sposobów leczenia oraz końca choroby. Z kolei ze względu na znaczenie choroby dla człowieka może być ona traktowana jako przeszkoda, którą należy pokonać, strata, ulga lub korzyść. Czynnikiem, który wydaje się odgrywać szczególną rolę w leczeniu i rehabilitacji pacjentów po zawale serca jest postawa wobec choroby. Zasadniczo wyróżnia się cztery postawy wobec choroby: postawę adekwatną, wyolbrzymianie, bagatelizowanie i zaprzeczanie.

CEL BADAŃ

Od dawna sugeruje się, iż najbardziej niebezpieczna dla zdrowia i życia pacjentów, spośród wymienionych tu postaw, jest postawa zaprzeczania choroby. Jednakże wyniki badań uzyskane w ostatnim czasie nie są już tak bardzo jednoznaczne. Ujawniono przy tym, że zaprzeczanie wzrasta wraz z wiekiem [za: Ostrowski 1999]. W związku z powyższym problem zaprzeczania chorobie postanowiono uwzględnić w badaniach własnych¹. Ich celem było wykrycie wpływu zaprzeczania chorobie na przeżywane emocje, stan zdrowia oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich w trakcie półrocznej rehabilitacji. Porównując fazę hospitalizacji z okresem poszpitalnym, sprawdzono również dynamikę zaprzeczania chorobie oraz zmiany w zakresie doświadczanych emocji.

¹ Badania przeprowadzono w ramach pracy magisterskiej pisanej pod kierunkiem dra T. M. Ostrowskiego.

GRUPA BADANA

Badaniami objęto 50 osób (19 kobiet i 31 mężczyzn), spośród których 24 osoby przebadano dwukrotnie. Byli to pacjenci trzech krakowskich szpitali: Miejskiego Szpitala Specjalistycznego im. G. Narutowicza (46 osób), Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla (2 osoby), Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego (2 osoby). Kryterium doboru grupy stanowiła diagnoza kardiologiczna – w badaniu wzięły udział wyłącznie osoby po pierwszym zawałe mięśnia sercowego bez powikłań. Do grupy badanych nie zakwalifikowano chorych, u których stwierdzono tzw. mikrozawał. Wystąpienie mikrozawału rozpoznaje się jedynie na podstawie poziomu enzymu troponiny (powyżej 0,1 mg/mmol), w związku z czym pacjent nie odczuwa go psychicznie. Wiek pacjentów wahał się pomiędzy 34 a 79 lat (średnia wieku wyniosła 63 lata). Pierwszy etap badań przeprowadzano w świeżej fazie zawału, między pierwszą a siódmą dobą od przyjęcia do szpitala. Badanie w drugim etapie miało miejsce w okresie od trzech do sześciu miesięcy od wystąpienia zawału.

METODOLOGIA

Stopień zaprzeczania określano na podstawie wyników uzyskanych w *Kwestionariuszu Nastroju* T. M. Ostrowskiego. Autor narzędzia założył, że zaprzeczanie chorobie jest strategią w ramach uwarunkowanego osobo-wościowo, stabilnego w formie i czasie stylu radzenia sobie w sytuacji trudnej, który można określić zaprzeczaniem. Metoda ta składa się z dwóch części: *Kwestionariusza Stylu „Zaprzeczanie”* i *Kwestionariusza Percepcji Choroby* (badającego zarówno zaprzeczanie, jak i wyolbrzymianie). Trafność metody określono na podstawie korelacji z wynikami *Kwestionariusza KAS* J. T. Wilczyńskiej i R. Ł. Drwala (dla *Kwestionariusza Stylu „Zaprzeczanie”*) oraz ze *Skalą Zaprzeczania* T. P. Hacketta i N. H. Cassema (dla *Kwestionariusza Percepcji Choroby*). Poza tym w badaniach zastosowano *Kwestionariusz Samopoznania POMS* w polskim opracowaniu B. Dudka i J. Koniarka oraz *Medyczny Wskaźnik Stanu Zdrowia* i *Listę Zaleceń Lekarskich* T. M. Ostrowskiego. *Kwestionariusz POMS* tworzy sześć skal, mierzących odrębne stany nastrojów czy odczuć. Są to skale: Napięcia–Niepokoju, Przygnębienia–Depresji, Gniewu–Wrogości, Wigor–Aktywności, Znużenia–Inercji oraz Zakłopotania–Zmieszania. *Medyczny Wskaźnik Stanu Zdrowia* jest narzędziem służącym do zobiektywizowania stanu zdrowia badanych osób oraz umożliwiającym porównanie ich w tym wymiarze. W metodzie tej znajdują się następujące kategorie: ciśnienie krwi, palenie papierosów, Body Mass Index, poziom cukru we krwi, mocznika, cholesterolu całkowitego, trójglicerydów, cholesterolu HDL, sodu, potasu i troponiny, frakcja CK-MB,

EKG spoczynkowe, EKG wysiłkowe, echokardiogram, wydolność (klasa NYHA), ocena bólu wieńcowego (CCS), bóle w klatce piersiowej niewieńcowe, duszność (wysiłkowa i spoczynkowa), objawy niewyrównania krążenia, utrata przytomności w zawale oraz zaburzenia rytmu serca. *Lista Zaleceń Lekarskich* określa stopień, w jakim pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich, uwzględniając takie kategorie jak: rozumienie i realizacja zaleceń, dostosowanie trybu życia do aktualnej sytuacji zdrowotnej, przestrzeganie wyznaczonych przez lekarza terminów wizyt, konsekwentne zgłaszanie się na zaplanowane wcześniej badania i zabiegi, pobyt w sanatorium.

WYNIKI BADAŃ

Wyniki badań ujawniły istotną współzależność dotyczącą Zaprzeczania chorobie i Emocji. U osób badanych w świeżej fazie po zawale serca zachodzi: ujemna korelacja między Zaprzeczaniem chorobie a doświadczanym Niepokojem i Smutkiem (odpowiednio: $r = -0,35$; $p = 0,012$ i $r = -0,38$; $p = 0,006$), istotna, dodatnia korelacja między Wyolbrzymianiem choroby a doświadczanym Zakłopotaniem ($r = 0,29$; $p = 0,039$) oraz – na poziomie trendu – zależność między Wyolbrzymianiem choroby a przeżywanym Niepokojem i Smutkiem (odpowiednio: $r = 0,24$; $p = 0,094$ i $r = 0,27$; $p = 0,06$).

Natomiast w okresie od 3. do 6. miesiąca po zawale występuje istotna statystycznie, ujemna korelacja między Stylem „zaprzeczanie” a doświadczaniem następujących stanów emocjonalnych: Niepokój ($r = -0,59$; $p = 0,002$), Smutek ($r = -0,42$; $p = 0,037$), Złość ($r = -0,65$; $p < 0,001$), Znużenie ($r = -0,45$; $p = 0,027$). Ogólnie pomiędzy pierwszym i drugim etapem badań wykazano istotne obniżenie przeżywanego Znużenia ($t = 2,47$; $p = 0,022$) i Zakłopotania ($t = 2,98$; $p = 0,007$) oraz – na poziomie tendencji – spadek odczuwanego Niepokoju ($t = 1,92$; $p = 0,067$) i wzrost Wigoru ($t = -1,76$; $p = 0,093$).

Nie stwierdzono istotnej korelacji między Stylem „zaprzeczanie” bądź Zaprzeczaniem chorobie a Wskaźnikami medycznymi. Niemniej wykazano ujemny wpływ Wyolbrzymiania choroby na Stan zdrowia ($r = -0,49$; $p = 0,015$). Ogólnie, niezależnie od występującego zaprzeczania, stan zdrowia pacjentów w okresie od 3 do 6 miesięcy po zawale poprawił się w porównaniu ze świeżą fazą.

Nie uzyskano istotnej statystycznie korelacji między Stylem „zaprzeczanie”, Zaprzeczaniem chorobie oraz Wyolbrzymianiem choroby a Stosowaniem się do zaleceń lekarskich.

Ujawniono brak istotnej różnicy między wartościami Stylu „zaprzeczanie” uzyskanymi w świeżej fazie po zawale i w okresie szpitalnym. Również wyniki określające stopień Zaprzeczania chorobie nie zmieniły się

między pierwszym i drugim etapem badań. Wykazano natomiast istotne zwiększenie Wyolbrzymiania choroby po trzech miesiącach od wystąpienia zawału ($t = -2,61$; $p = 0,016$).

DYSKUSJA

W badaniach własnych stwierdzono, iż wśród osób badanych w świeżej fazie po zawale serca zaprzeczanie chorobie wiąże się ze zmniejszonym przeżywaniem niepokoju i smutku. W tym samym czasie wyolbrzymianiu choroby towarzyszy zwiększone odczuwanie zakłopotania oraz – na poziomie trendu – zwiększone odczuwanie niepokoju i smutku. Otrzymane wyniki przemawiają za uznaniem zaprzeczania chorobie za jeden z mechanizmów obronnych, gdyż zgodnie z przypisaną im rolą mają one obniżać poziom lęku, podtrzymywać poczucie własnej wartości, a także utrzymywać spójność wewnętrzną systemu [Grzełowska-Klarkowska 1989]. Przypuszczalnie zaprzeczanie chorobie w jej ostrej fazie daje pozytywny zdrowotnie efekt poprzez redukcję negatywnych emocji w postaci lęku i smutku, co w kategoriach psychosomatycznych może przekładać się na zwiększenie szans przeżycia. Ustalenia własne potwierdzają w dużej mierze otrzymane przez Froese i wsp. [1974] wyniki badań dynamiki lęku i depresji u 36 osób w trakcie hospitalizacji po zawale serca. Badacze ci, posługując się obserwacyjną skalą do badania zaprzeczania (*Hackett-Cassem Denial Scale*), podzielili pacjentów na zaprzeczających (19 osób) i niezaprzeczających (17 osób). W rezultacie okazało się, że poziom niepokoju w trzeciej i czwartej dobie po zawale obniżył się w większym stopniu w grupie osób stosujących zaprzeczanie [Froese, Hackett, Cassem i Silverberg 1974].

Wyniki uzyskane w drugim etapie badań własnych wskazują, że osoby z silniej zaznaczonym stylem „zaprzeczanie” doświadczają mniejszego lęku, smutku, złości oraz znużenia. Nie występuje natomiast wtedy zaobserwowana wcześniej zależność między odczuwaniem niepokoju i smutku a zaprzeczaniem chorobie. Można z tego wnioskować, iż wraz z upływającym czasem funkcja regulacyjna emocji przechodzi z zaprzeczania chorobie na inne strategie radzenia sobie w obrębie stylu „zaprzeczanie”. Prawdopodobnie ma tu miejsce stopniowe przewartościowanie faktu przebycia zawału, który nie wywołuje już tak silnie negatywnych emocji. Poza tym, po wypisaniu ze szpitala chory angażuje się na nowo w wiele spraw, będących źródłem różnorodnych przeżyć, przez co zaprzeczanie chorobie odgrywa mniejszą rolę w skutecznym radzeniu sobie ze stresem. Otrzymane wyniki można też interpretować z perspektywy klinicznej. Około trzeciego miesiąca od wystąpienia zawału dochodzi bowiem do ostatecznego wygojenia powstałych w sercu ran [Piątkowski, Filipiak i Opolski 2002].

Ogólnie, pomiędzy pierwszym a drugim etapem badań nastąpiło istotne zmniejszenie natężenia przeżywanego znużenia i zakłopotania oraz –

na poziomie tendencji – spadek odczuwanego niepokoju i wzrost wigoru. Może to świadczyć o trudnościach w przystosowaniu się do roli pacjenta. Dyskomfort psychiczny pogłębia z pewnością „totalny” charakter instytucji, jaką jest szpital. Chory zmuszony jest przecież do podporządkowania się ustalonemu odgórnie harmonogramowi. Natomiast lepszy stan psychiczny po powrocie do domu może się wiązać ze zwiększonym poczuciem bezpieczeństwa oraz stopniową adaptacją do nagłej i niespodziewanej zmiany życiowej sytuacji, jaką niesie ze sobą przebycie zawału.

Drugi etap badań ujawnił, że im bardziej pacjent wyolbrzymia swą chorobę, tym gorszy jest stan jego zdrowia. Wynika z tego, iż z czasem działanie mechanizmu zaprzeczania chorobie słabnie, dzięki czemu postawa wobec choroby staje się coraz bardziej adekwatna. Wyolbrzymianie choroby może też zwiększać negatywny wpływ vegetatywnych i hormonalnych mechanizmów emocji na atakowany chorobą organizm.

Badania nie wykazały związku między czynnikami mierzonymi *Kwestionariuszem Nastroju* (chodzi tu o styl „zaprzeczanie”, zaprzeczanie choroby i wyolbrzymianie choroby) a poziomem realizacji zaleceń lekarskich. Należy zatem brać pod uwagę możliwość, że motywacja powrotu do zdrowia powstaje już na poziomie nieświadomym i ujawnia się w działaniu niezależnie od zachodzących w międzyczasie procesów poznawczych, które mogą prowadzić do redukcji informacji bądź uwrażliwiania. Potwierdzają to w dużej mierze rezultaty badań Soloffa [1980], Denoletta [1991] oraz Valdésa i wsp. [1992]. Z drugiej strony ustalenia własne mogą wydawać się sprzeczne z danymi zebranymi przez Crooga i wsp. [1971], niemniej w przypadku tych ostatnich, pacjentów badano w znacznie większym odstępie czasowym, tj. rok od wypisania ze szpitala.

Osobnego komentarza wymaga istotny wzrost poziomu wyolbrzymiania w drugim etapie badań własnych. Wymowa tego wyniku nabiera jeszcze większego znaczenia, jeśli uwzględnimy fakt, iż w drugim etapie badań przeciętny stan zdrowia pacjentów był istotnie lepszy niż w świeżej fazie po zawale. Powyższą rozbieżność można tłumaczyć w dwojaki sposób. Po pierwsze, generowane przez chorobę poczucie zagrożenia jest przypuszczalnie mniejsze w trakcie hospitalizacji, gdyż pacjent znajduje się pod stałą opieką medyczną. Po drugie, średnia wieku badanych wyniosła 63 lata, w związku z czym osoby te cechował przeważnie brak aktywności zawodowej, a także często występujące poczucie osamotnienia, związane z mniejszymi możliwościami uzyskania wsparcia w sytuacji kryzysowej. Okoliczności te z pewnością sprzyjają wzmożonej koncentracji na sprawach własnego zdrowia.

Badania własne sugerują, że sposób percepcji choroby przez pacjenta może stanowić istotną wskazówkę przy wyborze odpowiedniego postępowania terapeutycznego. W świetle otrzymanych informacji zwiększoną opieką psychologiczną w okresie poszpitalnym należałoby objąć pacjentów

wyolbrzymiających chorobę, gdyż ciągłe przeżywanie przez nich dużego lęku prowadzi do negatywnych skutków zdrowotnych. Osoby takie mają też spore trudności w ponownym przystosowaniu się do warunków, jakie zastają po wyjściu ze szpitala.

Innym zaskakującym rezultatem badań własnych jest odkrycie, że mechanizm zaprzeczania chorobie działa prawdopodobnie w sposób wybiórczy. Chroni on bowiem przed nadmiernym obciążeniem emocjonalnym, a przy tym nie obniża poziomu wykonania zaleceń lekarskich. Trudno w obliczu powyższych faktów negować korzystny wpływ zaprzeczania chorobie na stan zdrowia osób po przebytym zawale serca. Warto wykazać elastyczność w kontakcie z pacjentem, który być może celowo usiłuje nie myśleć o swojej chorobie. Wyrwanie z takiego chwilowego zapomnienia poprzez natarczywe uświadamianie czyhających zewsząd zagrożeń, wydaje się działaniem nieadekwatnym.

PIŚMIENNICTWO

- Bishop G. D., 1994/2000, *Psychologia zdrowia: Zintegrowany umysł i ciało*, Astrum, Wrocław.
- Czubalski K., 1995, *Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego*, „Sztuka Leczenia” nr 1.
- Drwal R. Ł. i Wilczyńska J. T., 1980, *Opracowanie Kwestionariusza Aprobata Społecznej*, „Przegląd Psychologiczny” nr 23.
- Dudek B. i Koniarek J., 1987, *Adaptacja testu D. M. McNaira, M. Lorra, L. F. Droppelmana Profile of Mood States (POMS)*, „Przegląd Psychologiczny” nr 3.
- Dudek D., Zięba A., Dudek, D., 2001, *Zaburzenia depresyjne a choroba niedokrwienna serca – dane epidemiologiczne*, [w:] D. Dudek i A. Zięba, *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków.
- Esteve L. G., Valdés M., Riesco N., Jódar, de Flores T., 1992, *Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and short-term outcome*, „Journal of Psychosomatic Research”, 36.
- Froese A., Hackett Th. P., Cassem N. H. i Silverberg E. L., 1974, *Trajectories of anxiety and depression in denying and nondenying acute myocardial infarction patients during hospitalization*, „Journal of Psychosomatic Research”, 18.
- Grzegółwska-Klarkowska H., 1989, *Determinanty mechanizmów obronnych osobowości*, Ossolineum, Wrocław.
- Ostrowski T. M., 1999, *Psychologiczne determinanty i następstwa zaprzeczania chorobie po zawale serca*, „Przegląd Psychologiczny” nr 4.
- Piątkowski R., Filipiak K. J., Opolski G., 2002, *Współczesne zasady patofizjologii i prewencji pozawałowego remodelingu mięśnia sercowego*, [w:] G. Opolski, K. J. Filipiak, L. Polonński, *Ostre zespoły wieńcowe*, Urban & Partner, Wrocław.
- Straś-Romanowska M., 2000, *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka: Tom 2, Charakterystyka okresów życia człowieka*, PWN, Warszawa.
- Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.

- Weiner E. i in., 1985/1996, *Twoje serce. Pytania, które chciałbyś zadać i odpowiedzi, które powinienś uzyskać*, Videograf, Katowice.
- Wrześniewski K., 1986, *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca*, PZWL, Warszawa.
- Wrześniewski K., 2000, *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*, [w:] J. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki: Tom 3, Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, GWP, Gdańsk.

MAREK ŻAK

REHABILITACJA JAKO FORMA POMOCY OSOBOM STARSZYM MIESZKAJĄCYM W ŚRODOWISKU DOMOWYM

WSTĘP

Starzenie się społeczeństwa polskiego jest procesem stałym i nieuchronnym, a jak wynika ze statystyk, ogromna większość ludzi starszych ma problemy z lokomocją, w wyniku czego osoby te są niepełnosprawne i zależne od otoczenia, a wykonanie przez nie nawet najprostszych czynności stanowi wielokrotnie barierę nie do pokonania. Dla przykładu należy podać, że aż 25% osób starszych musi korzystać z pomocy technicznych lub sprzętu ortopedycznego (np. laski, kule, balkoniki, ortezy) w czasie chodzenia [Żak 2000, 2004]. Sprawność w zakresie funkcji lokomocyjnych jest ważnym warunkiem pozwalającym na samodzielne funkcjonowanie osobom starszym w środowisku, w którym przebywają, a możliwość samodzielnego chodzenia jest jakby wykładnikiem stopnia sprawności osób starszych [Synak 2002; Caranasosa 1991]. Zaburzenia lokomocji zaliczane do tzw. *wielkich problemów geriatrycznych* są u osób starszych czynnikiem zwiększającym ryzyko upadków i w istotny sposób wpływającym na ich jakość życia [Isaacs 1992; Caranasosa 1991; Wojszel, Bień 2001]. Jak podaje Bień, zachowanie funkcji lokomocji zależy nie tylko od rodzaju czynników ograniczających (choroby, stany pourazowe), ale i działań naprawczych do jakich zalicza się rehabilitację [Bień 2002].

Jak wynika z obserwacji własnych, coraz większą grupą mającą problemy z lokomocją są osoby starsze mieszkające samotnie, dlatego w badaniach własnych podjęto próbę oceny wpływu procesu rehabilitacji na możliwości lokomocyjne i funkcjonalne tych osób, gdyż dokładne poznanie przyczyn ograniczenia sprawności lokomocyjnej osób starszych, a także podjęcie działań terapeutycznych (rehabilitacja) i prewencyjnych może wpływać na sprawność lokomocyjną i samodzielność w wykonywaniu czynności życia codziennego.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto dwie grupy osób starszych mieszkających samotnie w Krakowie. Grupa I to osoby, które korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych. W grupie tej było 15 osób, w tym 9 kobiet i 6 mężczyzn; średnia wieku 84 lata. Grupa II to osoby, które nie korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych. W grupie tej było 11 osób, w tym 7 kobiet i 4 mężczyzn; średnia wieku 79 lat. Wśród badanych najczęściej, bo aż 58% stanowiły osoby, u których głównym schorzeniem były zaburzenia ze strony układu krążenia. Schorzenia narządu ruchu przeważały u 21% osób, a patologiczne zmiany w układzie nerwowym u 11% osób. Wśród osób uczestniczących w programie 38% korzystało z pomocy technicznych lub sprzętu ortopedycznego w czasie chodzenia.

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze dokonano oceny sprawności funkcjonalnej (lokomocja, wykonywanie czynności życia codziennego), wykorzystując w tym celu testy *the timed „Up & Go”*, *ADL (Activity of Daily Living)* [Mathias 1986; Katz 1970]. W Grupie I oceny dokonano przed rozpoczęciem rehabilitacji, 3 miesiące po jej zakończeniu i 6 miesięcy po jej zakończeniu. W Grupie II dokonano oceny sprawności funkcjonalnej przed rozpoczęciem programu oraz po 3 i 6 miesiącach.

W programie badań uczestniczyły osoby spełniające wymienione poniżej kryteria:

- wyrażenie pisemnej zgody na udział w programie badań,
- wiek nie mniej niż 70 lat i nie więcej niż 95 lat,
- stan fizyczny, pozwalający na wykonanie testów sprawnościowych i uczestniczenie w programie rehabilitacyjnym,
- stan psychiczny, pozwalający na wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniu i uczestniczenie w programie rehabilitacyjnym,
- mieszkający samotnie,
- w badaniu lekarskim stwierdzone występowanie zaburzeń lokomocji.

PROGRAM REHABILITACJI

Osoby z Grupy I uczestniczyły w programie rehabilitacyjnym składającym się z następujących części:

- ćwiczeń usprawniających (kinezyterapia),
- ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia oddechowe,
- reedukacji chodu,
- nauki bezpiecznej zmiany pozycji,
- nauki podnoszenia się po ewentualnym upadku.

Program był realizowany przez okres 6 tygodni 3 razy w tygodniu. Czas trwania jednego spotkania wynosił ok. 45 minut. Program był reali-

zowany indywidualnie, przez co należy rozumieć, że z każdą osobą fizjoterapeuta pracował osobno.

Osoby z Grupy II nie uczestniczyły w programie rehabilitacyjnym, mimo że był on zlecany przez lekarza rodzinnego, a najczęściej odmowa uczestnictwa w programie wynikała z braku wiary w skuteczność działań usprawniających.

Porównując wyniki poszczególnych badań pomiędzy Grupami zastosowano nieparametryczny test Wilcozona, polegający na porównaniu pomiędzy parami, oparty na znakach.

WYNIKI

Jak wykazała analiza wyników zaobserwowano istotne statystycznie różnice między grupami jeżeli chodzi o lokomocję i wykonywanie pewnych czynności życia codziennego. W Grupie I zaobserwowano poprawę wyników u 42% badanych w teście *the timed „Up & Go”* pomiędzy badaniem przed rozpoczęciem programu i 3 miesiące po jego zakończeniu; wyniki na poziomie istotności $p=0,003$. Badanie po 6 miesiącach od zakończenia programu przedstawiało wyniki utrzymujące poprawę sprawności w badanej grupie, ale wynik nie był istotny statystycznie.

W Grupie II większość wyników w teście *the timed „Up & Go”* po okresie 3 miesięcy od rozpoczęcia programu była na tym samym poziomie, a u 12% badanych zaobserwowano pogorszenie w stosunku do badania pierwszego; wyniki te były istotne statystycznie ($p=0,05$).

Zaobserwowano również różnice między obu grupami, analizując wyniki testu ADL odnośnie do wykonywania pewnych czynności życia codziennego, na korzyść Grupy I. W tej grupie odnotowano poprawę przy ubieraniu się i poruszaniu się na poziomie ($p=0,03$); pozostałe wyniki nie były istotne statystycznie. Natomiast w Grupie II wyniki testu ADL nie były istotne statystycznie.

DYSKUSJA

Zachowanie sprawności funkcjonalnej determinuje utrzymanie aktywności fizycznej, społecznej jak również należy do czynników obiektywizujących możliwości wykonania czynności życia codziennego. Obserwacje własne i badania innych autorów wykazują wyraźne pogarszanie się wraz z wiekiem sprawności funkcjonalnej i o ile u osób we wczesnej starości trzy czwarte badanych wykazuje pełną sprawność ruchową, to w późnej już tylko połowa z nich [Bień 2002]. Odsetek osób mających problemy z samodzielnym poruszaniem się znacznie się powiększa wśród osób po 75. roku życia, wśród 80-latków i starszych aż czterokrotnie zwiększa się liczba osób nie opuszczających mieszkania lub niezdolnych do poruszania się po nim

[Bień 2002, s. 52]. Jak wykazały badania oraz obserwacje innych autorów, na sprawność funkcjonalną osób starszych możemy mieć wpływ stosując odpowiednie metody postępowania rehabilitacyjnego. Odpowiedni program rehabilitacyjny wpływa w sposób istotny na poprawę sprawności funkcjonalnej u osób w starszym wieku, a prowadzenie odpowiednio dobranych działań terapeutycznych pozwala na osiągnięcie wymiernych korzyści w zakresie lokomocyjnym, co znalazło potwierdzenie w badaniach własnych [Fiatarone, et al 1994].

Studenski i jej zespół wykazali, że osoby starsze mające problemy z lokomocją są zaliczane do grupy wysokiego ryzyka upadków, dlatego niezmienne istotne wydaje się, aby w programach rehabilitacyjnych adresowanych do osób starszych, szczególnie mieszkających samotnie, stałym elementem postępowania terapeutycznego były działania pozwalające na radzenie sobie przez osobę starszą po ewentualnym upadku [Studenski 1994]. Proponowany program uwzględniał również naukę podnoszenia się po ewentualnym upadku i można przypuszczać, że działania takie miały istotny wpływ na wynik badań, gdyż osoby starsze, które wiedzą jak radzić sobie po upadku, częściej podejmują aktywność fizyczną, co ma duży wpływ na sprawność funkcjonalną.

Innym ważnym aspektem, wymagającym dalszych badań i większej grupy poddanej obserwacji, jest kwestia utrzymywania się uzyskanej poprawy sprawności funkcjonalnej przez dłuższy czas. Badania przeprowadzone po okresie półrocznym od zakończenia programu potwierdzają korzystne tendencje w utrzymaniu sprawności, niemniej u mniejszej liczby uczestników programu. Na pewno warto zadać pytanie, jaką częstotliwość powinny mieć programy rehabilitacyjne dla osób starszych, szczególnie tych mieszkających samotnie, aby mogły one dawać trwalsze rezultaty.

WNIOSKI

Jak wynika z obserwacji własnych, rehabilitacja może być ważnym elementem pozwalającym na większą niezależność i samodzielność osobom starszym mieszkającym samotnie.

PIŚMIENNICTWO

- Bień B., 2002, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] Synak B., 2002, *Polska Starość*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Caranasosa G.J., Israela R., 1991, *Gait disorders in the elderly* nr. 15.
- Fiatarone M., A., O'Neill E., F., Ryan N.D., et al.: 1994, *Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people*, N Engl J Med., nr 331.
- Isaacs B., 1992, *The challenge of geriatric medicine*, Oxford University Press.
- Katz S., Downs T.D., Cash H. H., et al.: 1970, *Progress in the development of the index of ADL*, Gerontologist, nr 10.
- Mathias S., Nayak U.S.L., Isaacs B., 1986, *Balance in the elderly patient: The "Get-up and Go" test*, Arch. Phys. Med. Rehabil, nr 67.
- Studenski S., Duncan P.W., Chandler J. et al.: 1994, *Predicting falls: the role of mobility and nonphysical factors*, J. Am. Geriatr. Soc., nr 42.
- Synak B., 2002, *Polska Starość*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Wojczel B., Bień B., 2001, *Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości*, „Gerontologia Polska”, nr 9.
- Żak M., 2000, *Rehabilitacja w procesie leczenia osób starszych*. „Gerontologia Polska”, nr 8.
- Żak M., 2004, *Zaburzenia chodu w starszym wieku cz. 1*. „Media”, nr 1.

ANNA MARKIEWICZ

OPIEKA HOSPICYJNA NAD CZŁOWIEKIEM STARSZYM

WSTĘP

Śmierć jest nieuchronna i wymaga przygotowania do niej. Każdy bowiem ma prawo do godnego życia i śmierci.

Ogólnie uważa się, że człowiek umiera w „jakimś porządku”. Najpierw następuje śmierć społeczna, potem psychologiczna a w końcu biologiczna. Pierwsza przychodzi niekiedy wcześnie, razem z ciężką chorobą, która odrywa człowieka od społecznej kanwy. Druga przejawia się później wraz z utratą świadomości chorego. Trzecia przychodzi jako ostatnia. Śmierć komórek następuje jeszcze później, ponieważ są one dość odporne na brak tlenu i zatrucie, wynikające z braku obiegu krwi [Rembowski 1894, s. 139].

Człowiek broni się przed śmiercią, a jednocześnie zdaje sobie sprawę z niemożności jej uniknięcia. Szuka ucieczki przed nią lub stara się wierzyć, że śmierć nie jest końcem a jedynie początkiem czegoś nowego, lepszego. Umieranie to czas przeprowadzania bilansu swojego dotychczasowego życia. Ale umieranie staje się także problemem społecznym. *Przejawem narastającego zainteresowania społecznego problemami, jakie niesie śmierć i umieranie jest pojawienie się dwóch ruchów: propagowanie eutanazji i ruchu opieki hospicyjnej dla nieuleczalnie chorych. Zarówno pierwszy, jak i drugi są reakcją na postępującą dehumanizację medycyny, której jesteśmy świadkami [Zaorska 1992, s. 8].*

Kilka wieków temu ludzie umierali we własnych domach. Panował tam wówczas swoisty majestat śmierci. W obecnych czasach śmierć stała się wstydliva. Człowiek umiera samotnie.

Potrzeba bowiem pewnej dojrzałości psychicznej, żeby zmierzyć się z problemem śmierci. Nikt nie uczy, jak taką dojrzałość osiągnąć. Nikt nie uczy, jak rozmawiać o śmierci, o umieraniu. Jak rozmawiać z umierającym i jego rodziną. Być może obcowanie z osobami umierającymi, zaprzestanie rozmów o śmierci wyłącznie w kategoriach biologicznych, próba dyskusji o refleksjach i emocjach związanych ze śmiercią okazały się pomocne w lepszym przygotowaniu do godnego odejścia.

Śmierć jest nierozzerwalnie związana ze starością. Człowiek starszy przeżywa swoją starość bardzo często nie umiając do końca swoich dni jej zaakceptować, a perspektywa śmierci pogłębia tylko stany depresyjne. Pod koniec życia najbliższym przyjacielem człowieka starszego staje się samotność, właściwie osamotnienie. Starość nakłada na słabnącego człowieka trud egzystencji w sytuacji, kiedy bliscy odeszli. Jak napisał ojciec Leon Knabit: *Wracam właśnie z mojego rodzinnego miasta [...]. Tam się chodzi po cmentarzu, bo więcej znajomych na cmentarzu niż w mieście...* [Knabit 2000, s. 12].

STAROŚĆ I ŚMIERĆ – FAKTY PRZEWIDYWALNE

Śmierć jest jedynym pewnym wydarzeniem w naszym życiu. Jest naturalnym zakończeniem pierwszego aktu naszego życia – aktu narodzin. Starość jest mniej przewidywalna. Nie każdy ma szansę wejść w ten etap życia. Jednak tym, którzy go osiągną, świadomość nieuchronnej śmierci utrudnia dobre przeżywanie jesieni życia.

W czasach nam współczesnych zarówno temat śmierci, jak i temat starości został zepchnięty do sfery tabu. Chociaż są nieuniknione, to bardzo niechętnie o nich mówimy, nie staramy się zgłębić ich istoty i przebiegu. Starość wymaga zrozumienia, cierpliwości i czasem wyrozumiałości zarówno ze strony młodych, jak i osób starzejących się. Starość nie śpieszy się tak jak młodość. Osłabienie zmysłów, wzroku, słuchu, utrata sił witalnych, pojawienie się problemów zdrowotnych, utrata umiejętności ułatwiających codzienne życie, obawa przed utratą niezależności – to częsty scenariusz procesu starzenia się. Oczywiście każda starość ma wymiar indywidualny i zależy od dotychczasowego stylu życia, diety, wykształcenia, doświadczeń, ale i typu osobowości. Rzeński staruszek bywa przyjacielem młodego człowieka. Ale wystarczy, że jakość życia człowieka starszego obniża się gwałtownie z powodu jego niedołężności lub choroby, a przestajemy rozumieć starość. Przestajemy o niej mówić i myśleć. Odsuwamy jako coś, co nas nie dotyczy.

Koniec wieku XX pociągnął za sobą szereg zmian kulturowych – również śmierć przestała być naturalna. Proces umierania stał się kłopotliwy tak dla rodziny, jak i samego umierającego. Śmierć jest samotna, wstydliva, bolesna i tak mało „ludzka”, podobnie jak starość. W natłoku spraw codziennych często o obu zapominamy, nie umiemy zawczasu się do nich przygotować. Starość i śmierć nas zaskakują, nie umiemy się z nimi pogodzić, walczymy o życie, bojąc się tego, co nastąpi po tym, kiedy w wyniku procesu starzenia się nasze serce przestanie bić. Ale równocześnie myślimy o tym, aby nasza starość i śmierć były godne. Niekiedy jednak brakuje nam czasu na przygotowanie się do nich.

Dlatego tak istotna jest kwestia, aby przygotować społeczeństwo do starości, przywrócić możliwość godnego umierania. Im wcześniej uświadomo-

mimy sobie, że śmierć jest jedyną pewną rzeczą w naszym życiu, tym wcześniej możemy przygotować siebie i nasze rodziny do spokojnego umierania w poczuciu spełnienia i miłości.

PROBLEMATYKA ŚMIERCI W PERSPEKTYWIE HISTORYCZNEJ I CZASACH WSPÓŁCZESNYCH

Trudno jest mówić o śmierci. To temat smutny i przygnębiający. Zmiany kulturowe, jakich ostatnio jesteśmy świadkami, sprawiły, że śmierć przestała być naturalna. Stała się kłopotliwa, męcząca, zepchnięta poza nawias życia. Niemniej śmierć wcześniej czy później nastąpi. Ale czy każdemu uda się przystąpić do niej z godnością, pogodzonym ze światem, samym sobą i tym co nas jeszcze czeka? Czym jest godna śmierć? [...] *wiara w godną śmierć jest wynalazkiem naszym i naszego społeczeństwa, z jego pomocą staramy się stawić czoło rzeczywistości. Bo zjawiska, z których składa się proces umierania, same w sobie mają często niszczycielski wręcz dehumanizujący wpływ na ludzką osobowość. Nieczęsto zdarzało mi się dostrzec w tym procesie jakąś godność* [Nuland 1996, s. 16].

Czy pojęcie „godnej śmierci” jest właściwe, poprawne? Barbara Zaorska uważa, że *godne umieranie – towarzyszenie choremu do końca – to zaspokajanie jego potrzeb ludzkich, które on sam artykułuje. Oprócz tego to także właściwa pielęgnacja, w wyniku której zachowuje się nie tylko poczucie własnej wartości i godności, ale też własną tożsamość* [Zaorska 1992, s. 14].

Temat „godnego umierania” nie jest jednak wymysłem XX wieku. Problematyka śmierci zajmowała ludzkość od najdawniejszych czasów. Już około roku 3000 p.n.e. mieszkańcy starożytnego Egiptu byli przekonani, że śmierć nie oznacza końca istnienia, a jedynie jego głęboką przemianę w życie szczęśliwsze.

W minionych wiekach godzina śmierci była postrzegana jako pora duchowej świętości, ostatni akt zjednoczenia z tymi, którzy zostają. Tego oczekiwali umierający i niełatwo było im to odebrać. Przy rozstaniu, a zwłaszcza wśród udręki, która je najczęściej poprzedzała, to była ich pociecha i pocieszenie najbliższych. Wielu w tej ostatniej chwili miało poczucie, że mają dobrą śmierć.

Nasza epoka odebrała śmierci godność, sztuką uczyniła walkę o zachowanie życia. Śmierć dotyka nie tylko umierających, ale i tych, którzy ich kochają. *Choć niszczycielska choroba może ją zbrukać, nie trzeba dokładać do jej spustoszeń daremnych zabiegów, które niczemu nie służą prócz ćwiczeniu technicznej biegłości, nawet jeśli u ich podstaw leżą dobre intencje. Decyzje o kontynuowaniu leczenia są wymuszane przez zapal lekarzy. Zwykle specjaliści o najwyższych i najwęższych kwalifikacjach są przekonani i nieustępliwi w swojej wierze, że nauka może zwyciężyć nawet w sytuacji, gdy proces patologiczny niemal zniszczył swoją ofiarę. Rodzina chwytą się*

słomki, jaką ofiaruje się jej w postaci statystyki; lecz to co się przejawia jako fakty kliniczne, jest często subiektywnym poglądem żarliwego wyznawcy filozofii, która powiada, że śmierć jest nieprzejednanym wrogiem. Dla takich bojowników nawet chwilowe zwycięstwo usprawiedliwia spustoszenie pola, na którym umierający pielęgnował swoje życie [Nuland 1996, s. 300].

Jaka jest dzisiejsza śmierć? Przede wszystkim samotna. *Samotna śmierć jest dziś zjawiskiem tak zakorzenionym, że społeczeństwo zaczyna się przeciwko niemu buntować. I całe szczęście. Między mądrością prawnie usankcjonowanych wcześniejszych dyspozycji na wypadek zagrożenia życia a wątpliwą filozofią klubów samobójców istnieje szeroki wachlarz możliwości, a każda z nich stanowi próbę osiągnięcia tego samego celu: przywrócenia człowiekowi, który stoi u progu śmierci chociaż tego jednego źródła nadziei – że o jego ostatnich chwilach nie zadecydują bioinżynierowie, lecz ludzie, którzy go znają.*

Ta nadzieja uniknięcia bezsensownych wysiłków wyrasta z przekonania, iż godności śmierci należy szukać w ocenie życia, w tym, czym byliśmy dla innych. Źródłem tej godności jest życie dobrze przeżyte i akceptacja śmierci jako naturalnej konieczności, dzięki której nasz gatunek trwa w naszych dzieciach i dzieciach innych [tamże, s. 300-301]. Powinniśmy pamiętać, że kiedy umieranie staje się faktem, głównym aktorem dramatu jest umierający.

Każdy człowiek inaczej reaguje na słowo „śmierć”. Inaczej spostrzegamy ją w wieku senioralnym, inaczej jako młodzi ludzie stojący u progu życia. Im jesteśmy młodszy, tym bardziej śmierć jest dla nas wydarzeniem abstrakcyjnym, które nie może nas dotyczyć. W wieku starszym coraz częściej śmierć obecna w kręgu bliskich nam osób, zmusza nas do zastanowienia się nad naszymi postawami wobec zjawiska umierania. E Kubler-Ross, na podstawie badań nad terminalnie chorymi, wyróżniła kolejne ich reakcje na wiadomość o postawionej diagnozie. Układają się one w 5 faz:

1) faza odrzucenia – po usłyszeniu opinii lekarzy o dotknięciu śmiertelną chorobą pacjent nie daje wiary tej informacji. Uważa ją za pomyłkę, szuka nowych lekarzy;

2) faza gniewu – gniew na niesprawiedliwość losu obraca się przeciw personelowi medycznemu, krewnym, odwiedzającym;

3) faza przetargów – z lekarzami, chorobą, Bogiem. Chory mówi, że musi dożyć do określonego momentu i zapewnia, że gdy mu się to uda, jego stan ulegnie poprawie;

4) faza depresji – poddanie się chorobie, cierpliwe czekanie na śmierć,

5) faza akceptacji – prawie pozbawiona przeżyć emocjonalnych [Pietrasinski 1990].

Wiadomość, że dotknęła nas choroba, która nieuchronnie zakończy się śmiercią, wyzwala chęć skrócenia męki, która będzie towarzyszyć umierającemu i jego rodzinie w ostatnich dniach życia. Pojawia się myśl – chcę godnie umrzeć. Rozwiązaniem dla wielu staje się eutanazja.

Eutanazję definiujemy jako śmierć w wyniku czyjegoś wyboru, wyboru kogoś, kto uważa, że życie nie jest już dłużej warte przeżywania. Istnieje jednak różnica między pomaganiem człowiekowi w przeżyciu całego życia, jakie jest jego udziałem, a przedłużaniem aktu umierania. Jest także różnica między pozwoleniem, aby natura zrobiła swoje w umierającym życiu, a przyspieszaniem śmierci człowieka jakimikolwiek środkami i dla jakichkolwiek celów, niezależnie od czyichś dobrych chęci. Eutanazja stała się popularnym tematem, ponieważ ludzie zostali doprowadzeni do przekonania, że śmierć przez samobójstwo lub zabójstwo jest godniejsza niż niejednokrotnie powolna i długa śmierć naturalna.

Alternatywą dla eutanazji, ale również dla samotnej i wstydlivej śmierci w szpitalach stają się hospicja.

RUCH HOSPICYJNY

Brak jest jednolitego opracowania rysu historycznego przedsięwzięć społecznych i instytucji nastawionych na rozwiązywanie problemu ludzi nieuleczalnie chorych. Jeżeli kierować się samym terminem „hospicjum”, to historia takich placówek nie byłaby zbyt długa. Jeśli natomiast połączylibyśmy działalność hospicyjną z rozwojem dzieł miłosierdzia, to szlakiem tym można dotrzeć aż do greckiej i rzymskiej starożytności i do początków cywilizacji chrześcijańskiej.

W czasach nowożytnych działalność hospicyjna została zainicjowana przez Jeane Garnier, która otworzyła w 1842 r. w Londynie pierwsze ze swych schronisk dla umierających. Nazywano je *Hospicjum* lub *Kalwaria*. Pełną, rozwiniętą koncepcję pracy z osobami nieuleczalnie chorymi, dostosowanymi do współczesnych warunków, potrzeb i możliwości opracowała Cicely Saunders. Jej zasługą jest założony w Londynie (1967) ośrodek opieki nad chorymi na nowotwory – *Hospicjum św. Krzysztofa* [Górecki 2000].

Cicely Saunders przez wiele lat kierowała się zasadą, że nawet w obliczu szybkiej utraty sił i zbliżającej się śmierci, ciężko chory człowiek otoczony wszechstronną i troskliwą opieką może zachować autonomię, godność i chęć korzystania z każdej cząstki życia aż do momentu śmierci. Umieranie może być spokojne i godne w otoczeniu kochających bliskich, towarzyszących choremu.

Ta myśl była przewodnią ideą, jaka towarzyszyła powstawaniu pierwszego nowoczesnego hospicjum. Dewizą podjętych działań było założenie, że okres umierania nie musi być udręką dla chorego, jego rodziny i osób opiekujących się. Chory w terminalnej fazie choroby nie może być pozostawiony na łasce niechętnych i nieczułych na cierpienie osób. Zarówno on, jak i jego rodzina mają prawo do korzystania z wszechstronnej i fachowej opieki. Opiekę tę mogą ofiarować choremu jedynie zespoły profesjonalistów i wolontariuszy wyszkolonych w opiece paliatywnej. Zespoły opieki

paliatywnej i hospicyjnej służą do uśmierzania bólu fizycznego u chorych, zapewniają też wsparcie psychosocjalne i duchowe. Co ważne, obejmują też swoją opieką rodzinę pacjenta.

Dynamiczny rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej nastąpił w Polsce od 1991 roku, kiedy to rozwijać się zaczęła edukacja w tej dziedzinie, powstały pierwsze wzorcowe ośrodki, a przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej utworzono zespół koordynujący działania w tej dziedzinie. Zasięgą Ministerstwa Zdrowia stało się też stworzenie aktów prawnych stanowiących wykładnię dla wprowadzenia opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz finansowania tej opieki z budżetu państwa, rozpowszechnianie edukacji w zakresie opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz upowszechnianie dostępu morfiny w zwalczaniu bólu nowotworowego [Łuczak 1996].

OPIEKA PALIATYWNA

Czym jest opieka paliatywna? Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *opieka paliatywna (hospicyjna), to aktywna opieka holistyczna rozciągana nad pacjentem, którego choroba jest nieodwracalna* [Łuczak 1996, s. 27]. Winna być szeroko udostępniana chorym w terminalnej fazie choroby. Jej celem jest otoczenie ochronnym płaszczem działań (*pallium*, z gr. płaszcz) całej osoby chorego i jego rodziny w dążeniu do zapewnienia jak najwyższej jakości życia, uśmierzenie bólu, ofiarowanie ulgi we wszelkich formach cierpienia i podnoszenie rangi uciekającego życia. Opieka paliatywna dąży do zaspokojenia psychosocjalnych i duchowych potrzeb, pozwalając choremu na spędzenie ostatniego etapu życia z godnością, możliwie jak najbliżej rodziny, którą należy wspierać zarówno podczas choroby bliskiej osoby, jak i w okresie żałoby. Opieka nad chorym powinna być ciągła, zarówno w domu, jak i w ośrodku hospicyjnym stacjonarnym oraz w szpitalu, gdzie powinna być zapewniana przez wspierający zespół opieki paliatywnej. Opieka paliatywna oznacza poszanowanie dla życia, sprzeciwia się uporczywej intensywniej terapii, zmierzającej do przedłużenia życia za wszelką cenę.

Opieka paliatywna przybiera określone formy oraz charakteryzuje się ściśle określonymi cechami. Są nimi:

1. Wielodyscyplinarność zespołu dążącego do:
 - uśmierzenia bólu wszechogarniającego – „Total pain”,
 - zaspokojenia wszystkich potrzeb umierającego: cielesnych i duchowych,
 - spełniania prośb umierających chorych: *Wysłuchaj mnie, pomóż mi, zostań ze mną* (C. Saunders).
2. Ciągłość opieki, również w fazie umierania: *Nigdy cię nie opuszczę* (C. Saunders).
3. Właściwa komunikacja.

4. Poszanowanie autonomii chorego i rodziny.
5. Kontrolowane zwalczanie objawów przy zastosowaniu właściwej (nieagresywnej) terapii objawowej.
6. Wspieranie, opieka nad rodziną i opiekunami chorego podczas choroby.
7. Opieka nad osieroconymi [Łuczak 1996].

Form opieki paliatywnej jest wiele. Warto choćby w zarysie je przedstawić:

1. Poradnia Opieki Paliatywnej i Walki z Bólem – miejsce kontaktu z rodzinami chorych. Poradnia spełnia głównie rolę konsultacyjną.
2. Zespół Opieki Domowej – hospitalizacja domowa zastępująca potrzebę pobytu chorego w szpitalu.
3. Oddział Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Oddział stacjonarny współpracuje z poradnią i zespołem domowej opieki paliatywnej. Do zadań zespołu należy krótkotrwała hospitalizacja chorych, u których kontrola objawów jest niemożliwa w domowych warunkach lub też mocno utrudniona; opieka nad chorymi umierającymi, którym można tu zapewnić większy komfort niż w warunkach domowych. Krótkotrwałe pobyty chorego na oddziale to również czas wytchnienia dla strudzonej rodziny.
4. Dział Opieki Diennej – Chory zostaje przywieziony na oddział przez wolontariusza w godzinach popołudniowych. Korzysta tam z zajęć rekreacyjnych, spożywa posiłek razem z zespołem opiekującym, spotyka się z lekarzem w celu kontroli objawów. Chory przebywa w ośrodku zazwyczaj do godziny 15.00.
5. Zespół Wspomagający – to psycholog, pracownik socjalny, kapłan i wolontariusze. Wspomagają pracę innych form opieki paliatywnej, ale również zajmują się niesieniem pomocy osieroconym.
6. Hospicjum wolno stojące – nie przylegające do szpitala budynek. Znajdują się tu struktury odpowiadające oddziałowi opieki paliatywnej [Łuczak 1996].

Śmierć w hospicjum jest bardzo często marzeniem umierającego. Zwłaszcza osoby starszej, której rodzina zmarła bądź nie podjęła się opieki nad nią.

Śmierć w hospicjum jest w jakimś sensie zinstytucjonalizowana, jednak w hospicjum istnieje zgodność pomiędzy jego celem istnienia a praktyką. Tu umierający znajduje się w centrum zainteresowania wszystkich pracujących, a śmierć przestaje być tematem tabu, jakim bywa w szpitalach, gdzie chory umiera w samotności. Natomiast po śmierci chorego opieka nad rodziną nadal trwa, ekipa hospicyjna w okresie żałoby pomaga rodzinie, a często nawet i później, zależnie od potrzeb.

PODSUMOWANIE

Praca z umierającymi jest bardzo kryzysogenna, tu lekarz nie odprowadza do drzwi uśmiechniętej pacjentki z noworodkiem w ramionach – tutaj wszyscy pracują dla tych, którzy w krótkim czasie, a często po długim cierpieniu, odejdą z tego świata. Warto podkreślić, że idea opieki hospicyjnej podważa celowość postępowania medycznego, usiłującego przedłużyć życie, które już nie jest do uratowania. Nie wszyscy chorzy potrzebują specjalnej aparatury i nowoczesnego wyposażenia szpitala. Wszyscy natomiast potrzebują spokojnego i godnego miejsca wśród osób życzliwych i bliskich. W idei hospicyjnej nie ma miejsca na podziały: stary – młody. W obliczu śmierci wszyscy mają takie same potrzeby.

Z uwagi na brak miejsc w szpitalach, jak również nie zawsze odpowiednie warunki domowe, potrzeba działań hospicyjnych jest duża. Rodzinom brakuje możliwości oraz umiejętności zapewnienia terminalnie chorym właściwej opieki. Wynika stąd duża dysproporcja pomiędzy ogromnymi potrzebami a możliwością ich zaspokojenia. Należy też zwrócić uwagę na fakt, że choć praca na oddziałach opieki paliatywnej w przeważającej większości odbywa się na zasadach wolontariatu, osób pragnących pomóc człowiekowi cierpiącemu nie brakuje. Wszystkim pracującym z ludźmi ciężko doświadczonej przez los fakt niesienia im otuchy daje poczucie dumy, że jest się człowiekiem. Ponadto dopuszczenie do tajemnicy cierpienia i umierania drugiego człowieka jest istotnym elementem w przeżywaniu własnego życia [Zaorska 1992].

Na każdym kroku naszej egzystencji zdradzamy swój niezdecydowany stosunek do kwestii życia i śmierci. Ta ostatnia ciągle jeszcze zaliczana jest do tematów trudnych, kłopotliwych. Z jednej strony chowamy ciała naszych bliskich, modlimy się za ich dusze, odwracamy od siebie ich gniew, z drugiej – malujemy im twarze, pięknie ubieramy na tę ostatnią drogę, rozpaczliwie usiłując zatrzymać w nich ostatnie przejawy życia.

Starość, podobnie jak śmierć bywa samotna. W przypadku osób wierzących, to wiara pozwala na zrozumienie starości i zwiędzającej ją śmierci. Bóg, często za pośrednictwem księdza, pomaga osobom starszym przygotować się do odejścia. Wielka to sztuka, zwłaszcza kiedy bliscy równolatkowie zmarli, kiedy młodzi wstydzą się lub boją obcowania ze starością i śmiercią. W obliczu samotności starca – trudno o towarzyszy w umieraniu, nawet w hospicjum...

PIŚMIENNICTWO

- Górecki M., 2000, *Hospicjum w służbie umierających*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Knabit L., 2000, *Czy starość się naprawdę Panu Bogu nie udała?*, [w:] Panek A., Szarota Z. (red.), *Zrozumieć starość*, TEXT, Kraków.
- Łuczak J., 1996, *Filozofia i organizacja opieki paliatywnej – hospicyjnej*, [w:] *Terminalnie chory. Hospicjum*. Prace Komisji Etyki Medycznej, PAU, Kraków.
- Nuland S. B., 1996, *Jak umieramy?*, Prima, Warszawa.
- Markiewicz A., 2001, *Ruch hospicyjny, wolontariat a edukacja młodzieży*, niepublikowana praca magisterska, AP im. KEN, Kraków.
- Pietrasiński Z., 1990, *Rozwój człowieka dorosłego*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Rembowski J., 1984, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa-Poznań.
- Zaorska B., 1992, *Nadejdzie ten dzień... O godnym umieraniu*, Wydawnictwo Ojców Franciszkanów, Niepokalanów.

KATARZYNA BRATANIEC

SPOŁECZNE ODRZUCENIE STAROŚCI JAKO WYRAZ UKRYTEGO LĘKU PRZED ŚMIERCIA

Tylko kto dożyje starości, zdobywa pełne i właściwe wyobrażenie o życiu, gdyż ogarnia je w całości, ogarnia jego naturalny przebieg, zwłaszcza zaś widzi je nie tylko, jak inni ludzie, od strony wejściowej, lecz także od strony wyjściowej, dzięki czemu odkrywa w pełni jego nicość, gdy pozostali ludzie wciąż jeszcze się tudek, że prawdziwe życie mają jeszcze przed sobą.

[Schopenhauer 1974, s. 23–27].

Wiek dwudziesty, który mamy już za sobą był czasem gwałtownych i nieodwołalnych zmian we wszystkich dziedzinach życia, zmieniły się również nasze pojęcia o uniwersalnych sprawach ludzkich. Życie i śmierć zyskały odmienny wymiar. Została zerwana pewna ciągłość doświadczenia, a wrażliwość zbiorowa skoncentrowała się na rzeczach zupełnie nowych i dotąd odległych. Współcześnie jej przedmiotem stały się krwawe i barbarzyńskie wydarzenia, krzywda i cierpienie ludzi znajdujących się gdzieś daleko, z którymi można łączyć się w nieszczęściu dzięki obecności mediów. Zatem wrażliwość społeczna do tej pory skupiona na własnych problemach znalazła nowy przedmiot troski i zaczęła tworzyć część międzynarodowej opinii publicznej.

Poza jej zainteresowaniem znalazły się zjawiska śmierci naturalnej i starzenia się, które nie mają charakteru widowiskowego i medialnego. Ponadto wymagają one autentycznego społecznego zaangażowania zamiast chwilowych wzruszeń.

Starzenie jest po prostu zakazane, pisze Dubord: *Tak, jakby chodziło o gospodarowanie u wszystkich i u każdego kapitałem młodości, który – jakkolwiek marnie był wykorzystany – nie może pretendować do osiągnięcia trwałej i kumulującej rzeczywistości kapitału. Ta społeczna nieobecność śmierci jest identyczna ze społeczną nieobecnością życia* [Dubord 1998, s. 81].

Taka społeczna postawa wobec śmierci i starości ma swoje głębokie uwarunkowania w przemianach, jakie dotknęły społeczeństwo w wieku dwudziestym. Ład społeczny został zbudowany na zupełnie nowych podstawach. Ośrodkiem całego systemu politycznego i społecznego stała się ekonomia, a zysk i dystrybucja towarów zmieniły się w elementy kontroli społecznej. Guy Dubord nazywa współczesne społeczeństwo „społeczeństwem spektaklu”, w którym nic nie dzieje się realnie, lecz jest przedstawieniem, które się ogląda, nie mogąc mieć na nie wpływu. Cechą globalnego spektaklu oprócz odrealnienia jest zanik bezpośredniego doświadczenia. Życie tworzy szereg oderwanych od siebie aspektów, obrazów, części, które jednakże nie składają się w całość. Fundamentalnym doświadczeniem jednostki jak i społeczeństwa stało się rozdzielenie, odosobnienie człowieka od jego pracy, ludzi między sobą, wytworów kultury i techniki od człowieka. Wszelkie wytwory działalności człowieka mają abstrakcyjny i oderwany charakter, zostają mu niejako przedstawione właśnie poprzez spektakl, który może on jedynie kontemplować: *Spektakl w społeczeństwie jest odpowiednikiem konkretnej produkcji wyobcowania. Ekspansja ekonomiczna jest w istocie ekspansją tej właśnie przemysłowej produkcji. To, co wzrasta wraz z ekonomią rozwijającą się dla siebie samej, może być tylko wyobcowaniem, które istniało już w jej pierwotnym rdzeniu.* [Dubord 1998, s. 20]. Autor ten podkreśla, że samo życie stało się sztucznie wykreowanym produktem, towarem, który można nabyć.

Jedyne zjednoczenie społeczeństwa dokonuje się wokół konsumpcji, przy czym nawet przekaz informacji ma taki charakter, zatem jedyną formą wspólnoty wewnątrz społeczeństwa stanowiącą o jego jedności jest konsumpcja.

Zmienia się także stosunek do czasu, pozostaje on nieruchomy, panuje ustawiczna teraźniejszość, czas produkcji, czas rzeczy dąży do wyeliminowania czasu przeżywanego na rzecz istnienia czasu jako towaru.

Obok wyalienowania jednostki na gruncie społecznym, dokonano się wyalienowanie przestrzenne i oddzielenie od czasu.

Teoria Duborda, a właściwie opis współczesnego społeczeństwa, dobitnie wskazuje na istnienie w obrębie tego społeczeństwa ideologii produkcji i konsumpcji jako rytmu wyznaczającego życie społeczne, ale i życie jednostki. Ów obowiązujący porządek toczy się wokół pracy, jako wytwarzania dóbr i czasu wolnego, jako czasu przeznaczonego dla ich używania. Starość nie mieści się w tym porządku, ponieważ „nie jest atrakcyjnym konsumentem”, ani nie posiada siły, by uczestniczyć w wyścigu o posiadanie nowych rzeczy.

Z przyczyn naturalnych starość jest wykluczona z tygła ustawicznej konsumpcji, skazana jest na „bycie poza”, jako że wytwarzane dobra jej nie dotyczą. Jawi się tu niczym fenomen z innego świata.

Szczególnie okrutne wydaje się łączenie starości wyłącznie ze śmiercią jako jej celem, jej zadaniem, podczas gdy może ona być blisko życia i wiele wnieść w życie społeczne.

Uznanie wartości starości jako jednego z etapów życia ludzkiego nie wydaje się zadaniem łatwym, gdy społeczeństwo zatraciło rozumienie życia ludzkiego jako jedności. Gdy dokonało się rozszczepienie na życie prywatne i publiczne, oddzielenie osobowości jednostki od ról, jakie pełni nie tylko w społeczeństwie, ale i w życiu prywatnym. Taka segmentacja niesie za sobą zniesienie tożsamości podmiotu w czasie, znosi także jakąkolwiek odpowiedzialność moralną człowieka wobec siebie i wobec innych.

Nowoczesna kultura ma charakter biurokratyczny i indywidualistyczny, gdzie właśnie indywidualizm stanowi przeszkodę dla istnienia postaw prospołecznych koniecznych do zbudowania wspólnoty. Filozof Alasdair MacIntyre zauważył, że w naszych czasach nie dochodzi już do odtwarzania ludzkiej wspólnoty ani w życiu rodzinnym, ani w publicznym. Ten zgubny dla umocnienia struktury społecznej proces rozpoczął się wtedy, gdy praca produkcyjna wyszła poza struktury domostwa rodzinnego i zaczęła służyć bezosobowemu kapitałowi. Oddzieliła się od wszystkiego z wyjątkiem biologicznego przetrwania i reprodukcji siły roboczej [MacIntyre 1996, s. 404].

Proces ten jest odpowiedzialny za panowanie relatywizmu moralnego i brak zgody społecznej co do podstawowych wartości, wokół których społeczeństwo ma się zorganizować.

Starość i śmierć nie mieszczą się w aktualnym systemie wartości uznawanych przez współczesne społeczeństwo, stały się one raczej antywartościami, ponieważ nie ma dla nich miejsca w kulturze młodości, urody i sprawności fizycznej, gdzie nawet mądrość została zastąpiona terminem inteligencja i tym samym nie przysługuje już starości [Ostrowska 1997].

Jeśli mówimy o obecności starości w kulturze, to możemy ją znaleźć jedynie w mediach, reklamie, i nieomal zawsze jest to starość przebrana w szaty młodości. Starość nie jest już prawdziwą starością, lecz trzecią młodością, równie aktywną i pełną energii, wolną od chorób i zgrzybiałości zarezerwowanej dla czwartego wieku [Bois 1996, s. 11].

Takie traktowanie starości wskazuje na istnienie ukrytego lęku przed naturalnym losem człowieka, cierpieniem, chorobą, opuszczeniem, które często jej towarzyszą. Wyobrażenie starości funkcjonujące w społeczeństwie zawiera wyłącznie negatywne jej aspekty: izolację społeczną, obniżenie standardu życia, kłopoty ze zdrowiem, uzależnienie od rodziny bądź opieki społecznej [Orzechowska 1999, s. 30]. Czyni to starość nie tylko odartą z godności, ale i wyzutą z pozytywnych wartości.

Starość niesie z sobą wszelkie niedogodności, których społeczeństwo unika, narażona jest na chorobę i obojętność, ostatecznie nie traktuje się jej poważnie, podobnie jak nie traktuje się poważnie problemów dzieci. Wskazuje się wręcz na podobieństwo tych okresów życia: dzieciństwa i starości, oba cechują się brakiem wpływu na bieg rzeczy, pewną nieodpowiedzialnością, nieobecnością pracy zarobkowej i czasem wolnym. Jednakże takie porównania uwłaczają starym ludziom.

W modelu polskiej starości mieści się jedynie wąska przestrzeń dla aktywności osób starszych. Społecznie akceptowane są: oglądanie telewizji, słuchanie radia, praca na działce, pomoc rodzinie. Zainteresowania wykraczające poza ten kanon traktowane są jako dziwactwa. Można stwierdzić, iż wzorzec starości zakłada wycofanie się z życia społecznego, utratę pracy, rezygnację z życia towarzyskiego, brak planów na przyszłość. Lękamy się bardziej izolacji na starość, która tak bardzo przypomina śmierć, niż samej śmierci biologicznej.

Starość uwyrażnia się na styku naszego wewnętrznego świata ze światem zewnętrznym. Rzeczywistość poza nami uświadamia upływ czasu i zmiany, jakie się w nas dokonały, dlatego na wewnętrzny i indywidualny obraz własnej starości nakłada się aktualnie obowiązujące w społeczeństwie wyobrażenie. Niesie ono za sobą duży ładunek lęku i niezgody na starość własną i innych, ponieważ panujący wzorzec kulturowy nie znajduje dla starości miejsca we współczesnym społeczeństwie. Oceniając starość z tego punktu podkreśla się przede wszystkim jej nieproduktywność, nieprzydatność dla systemu społecznego. Starość nie jest ani symbolem mądrości, ani doświadczenia, łączy się ją przede wszystkim ze śmiercią.

Starość zawsze była ucieleśnieniem wartości duchowych, nawet jeśli gardzono jej słabością, to otaczano szacunkiem i czcią z racji przeżytych lat. Była użyteczna i mogła wiele dać płochiej młodości. Obecnie te istniejące przez stulecia związki uległy zerwaniu. Starość nie może nic wniesić do naszego życia, ponieważ łączy się z bliskością śmierci, a śmierć jest dla nas niezręczystwa.

Wszelkie warianty, jakie zachodziły w postawach wobec śmierci przez całe tysiąclecie, nie zmieniły tego fundamentalnego obrazu ani trwałego związku między śmiercią a społeczeństwem: śmierć zawsze była aktem społecznym i publicznym [Aričs 1992, s. 549]. A nade wszystko była blisko życia. Wiek dwudziesty przyniósł rewolucyjne zmiany wykluczając śmierć naturalną ze społeczeństwa, a jego koniec wyeliminował nawet śmierć jako sprawę rodzinną i prywatną. Umiera się teraz nieomal zawsze w szpitalu lub hospicjum, w samotności, nierzadko w nieświadomości własnego stanu, ponieważ nie na miejscu jest mówić choremu o śmierci. Aričs podkreśla, iż skasowano dwa stadia łączności między umierającym, albo zmarłym a społeczeństwem: ostatnie chwile, kiedy umierający przejmował utraconą inicjatywę oraz żałobę [Aričs 1992].

Zabrano umierającemu możliwość pożegnania się z bliskimi i uporządkowania swoich spraw przed śmiercią, a także stawienia czoła losowi. Pozostałym przy życiu odebrano prawo do żałoby, czyli do wyrażania i przeżywania swojego smutku po stracie bliskich, prawo do usunięcia się z nurtu normalnej aktywności, ale i do oczekiwania wsparcia i zrozumienia ze strony reszty społeczeństwa. Z powodu panicznego lęku społeczeństwo zrezygnowało z celebrowania form obchodzenia się ze śmiercią.

Skoro społeczeństwo obeszło się w ten sposób ze śmiercią, czyniąc ją na powrót „nieoswojoną”, rozumiała staję się jego postawa także wobec starości jako stanu niestosownego i wstydliviego. Możemy zaobserwować istnienie pewnego rodzaju przysposobionej starości, starości do zniesienia, musi być ona jednakże piękna zewnątrz, wolna od trosk materialnych i aktywna. Podobnie nazywa się „piękną” śmierć, która nastąpiła we śnie bez cierpień i agonii umierającego.

Jak zauważyła Ostrowska [1997, s. 25], we współczesnej kulturze przestano dostrzegać zjawisko śmierci naturalnej, wobec której społeczeństwo zatraciło zdolność właściwej reakcji, na rzecz zalewu śmierci gwałtownych i brutalnych, które stały się naturalne dla wrażliwości zbiorowej. Nastąpił brak akceptacji umierania zwyczajnego. Można powiedzieć, że starość podzieliła los śmierci stając się „nienaturalnym” etapem życia człowieka. Podobnie jak śmierć naturalna została, używając terminu Philipa Arięsa, wyeliminowana z życia społecznego, tak starość została usunięta na jego margines.

Nie uważamy już dzisiaj starości za godne zwieńczenie życia ludzkiego, lecz za stan, którego należałoby za wszelką cenę uniknąć i z którym należy walczyć wszelkimi dostępnymi środkami.

Jest to obraz niesłychanie jednostronny i fałszywy, ponieważ jedynie starość obdarzyć nas może pełnym zrozumieniem własnego życia Schopenhauer pisał, iż: [...] *nawet siebie samego, własne cele i zamiary zwłaszcza w odniesieniu do ludzi i świata, poznaje się i rozumie właściwie dopiero pod koniec życia* [Schopenhauer 1974, s. 270]. Odrzucenie starości we współczesnym życiu społecznym i kulturze stało się w istocie odrzuceniem refleksji nad losem człowieka.

Jednakże powinniśmy starać się dostrzec nieocenioną wartość starości. Samotność i bezczynność mogą okazać się niezbędnymi warunkami do osiągnięcia spokoju i szczęścia. Dzięki nim stają się w pełni dostępne przeżycia wewnętrzne, wspomnienia, rodzi się możliwość nieograniczonego wglądu we własne życie i zrozumienia jego kształtu.

Starość jest tożsama z pełnym rozwinięciem życia wewnętrznego, które w czasie dojrzałości istnieje w stadium skurczonym i zepchniętym poza właściwy nurt „życia prawdziwego”.

Rozważania nad kondycją współczesnego społeczeństwa prowadzą do wniosku, iż stosunek do starości jawi się jako utrata autentycznego przeżywania życia w ogóle, tak w jego wymiarze indywidualnym, jak i społecznym.

Podział życia na okresy istniał od wieków, jednakże dopiero w naszej epoce sztucznie wypreparowano spośród nich młodość i starość, które są wobec siebie nieomal antagonistyczne i nie do pogodzenia. Starość nie jest już jednym z etapów ciągłości życia ludzkiego, ponieważ ciągłość ta została zerwana na rzecz autonomicznych wobec siebie okresów życia, z których faworyzuje się wyłącznie młodość – dorosłość.

Skoro starość nie należy do uznawanego porządku życia, znajdując się poza nim, budzić może jedynie zrozumiały lęk i niechęć. Łączenie starości ze śmiercią to jeden ze sposobów wypierania ich obu z życia społecznego. To również wyraz infantyilizacji życia zbiorowego, które neguje niewygodne dla siebie treści i reaguje na nie lękiem.

PIŚMIENNICTWO

- Arendt H., 1989, *O Myśleniu*, Wyd. Europa.
- Aričs P., 1992, *Człowiek i Śmierć*, PIW, Warszawa.
- Bois J. P., 1996, *Historia Starości*, Wyd. Marabut, Warszawa.
- Dubord G., 1998, *Spółeczeństwo Spektaklu*, Wyd. słowo/obraz/ terytoria, Gdańsk.
- Franks H., 1998, *Starzec się wolniej*, Bertelsmann Media, Warszawa.
- Halik J. red., 2002, *Starzy ludzie w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- MacIntyre A., 1996, *Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności*, PWN, Warszawa.
- Orzechowska G., 1999, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn.
- Ostrowska A., 1997, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Wyd. IFIS PAN, Warszawa.
- Schopenhauer A., 1974, *Aforyzmy o Mądrości Życia*, Czytelnik, Warszawa.
- Szczepański J., 1988, *Sprawy Ludzkie*, Czytelnik, Warszawa.
- Trafiałek E., 1998, *Człowiek starszy w Polsce w latach 1994 – 1997*, Śląsk, Katowice.
- Trafiałek E., 1998, *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych*, Wyd. Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Kielce.
- Wiśniewska-Roszkowska K., 1978, *Nowe życie po sześćdziesiątce*, Wyd. Tum, Warszawa.
- Zych A. A., 1995, *Człowiek wobec starości*, Wyd. Interart, Warszawa.

KRYSTYNA KLIMEK

SZTUKA ŻYCIA A STAROŚĆ

WSTĘP

Żyjemy w czasach wielkich przeobrażeń i szybkich zmian. Zmiany te dotyczą zarówno świata zewnętrznego, jak i naszego człowieczeństwa. Materializacja życia, technizacja medycyny oraz osłabienie więzi międzyludzkich sprawiły, że zgubiono gdzieś po drodze człowieka starszego, który został odsunięty na margines normalnego życia.

Jednym z najbardziej nabrzmiałych problemów, z jakimi wchodzimy do Unii Europejskiej, jest zagadnienie starości i starzejących się społeczeństw, które nie są odpowiednio przygotowane do pełnienia swej roli społecznej, związanej z wiekiem życia. Nie napawa optymizmem również sytuacja osób starszych w społeczeństwie i rodzinie. Dostrzegamy wzrost populacji ludzi starszych. Dzisiaj oni stanowią ogromną grupę i z powodu jej liczebności stają się społecznym problemem. Społeczeństwo coraz bardziej odczuwa ciężar emerytur, wszystkie domy pomocy dla osób starszych są przepełnione. Znaczący wzrost liczby ludzi starszych nastąpi około 2020-2025 roku.

Z raportu WHO wynika, że średnia długość życia człowieka na świecie w 1999 roku wynosiła 61,4 lat, natomiast w latach 2020-2025 przewidyuje się jej wydłużenie do 71,6. Jednocześnie analiza aktualnej liczby ludności na świecie i prognozy na temat jej ewentualnego wzrostu wskazują, że liczba młodych osób procentowo maleje, w krajach rozwiniętych wzrośnie w latach 2020-2025 tylko o 95%, natomiast w tym samym czasie populacja osób po 60. roku życia wzrośnie na świecie o 240%! [WHO, 2000] a w Polsce ok. 45% [Grodzicki 2004, s. 25-28].

W opublikowanym w maju 1998 roku raporcie Światowej Deklaracji Zdrowia pt. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* czytamy, że WHO zaleciła skoncentrowanie się na formach opieki długoterminowej wobec przewidywanego ciągłego wzrostu zapotrzebowania na opiekę nad tymi grupami osób.

W Polsce powstają oddziały opiekuńczo-lecznicze dla osób starszych. Niektórzy autorzy podnoszą, że: *Świadczenie osobom w podeszłym wieku usług pielęgnacyjno-opiekuńczo-medycznych na bardzo wysokim poziomie jest nie tylko nakazem wynikającym z postępu nauk medycznych i rozwoju cywilizacyjnego, ale również obowiązkiem humanitarnym i moralnym* [Galus (red.), 1998].

Stałe narastanie odsetka ludzi starszych we współczesnym świecie powinno zmusić społeczeństwa do refleksji nad starością i jej konsekwencjami. Anna Panek i Zofia Szarota – organizatorki ogólnopolskiej konferencji naukowej pt. „Zrozumieć starość”, która odbyła się w ramach Międzynarodowego Roku Seniorów w 1999 roku w Krakowie zauważają, iż trzeba [...] *podejmować zabiegi służące znoszeniu negatywnych stereotypów towarzyszących postrzeganiu starości, popularyzację założeń teorii aktywności czy też teorii kompetencji człowieka starszego. Będą one możliwe, jeśli wdroży się do praktyki edukacyjnej odpowiednie programy profilaktyki, czyli wychowania do starości* [Panek, Szarota (red.), 2000, s. 8].

PROFILAKTYKA GERONTOLOGICZNA

Badania wykazują, że nie lubimy starości i nie lubimy starców, a jednak nigdy się nimi nie interesowaliśmy tyle, co teraz. Powstała nawet nowa gałąź nauki gerontologia. Interesujemy się osobami starszymi, ale nasze poczynania oparte są na założeniu, że starzenie jest smutne. Naprzeciw temu zjawisku winna wyjść profilaktyka gerontologiczna przeciwdziałająca skutkom smutnej zazwyczaj starości. Musi ona mieć interdyscyplinarny charakter, akcentować winna z jednej strony medyczny, a z drugiej psychologiczno-społeczny wymiar problemu. Zabiegi profilaktyczne wprowadzić nie chronią nikogo przed starzeniem się i starością, która jest zjawiskiem nieuniknionym, ale dają nadzieję łagodniejszego przebiegu procesów związanych z godnym starzeniem się człowieka w środowisku troskliwych i życzliwych mu ludzi.

Troska o akceptację starości i godne życie winna leżeć w gestii rodziny, jak i instytucji ją wspierających czy też wspomagających. Pracując dla ludzi starszych – pacjentów czy podopiecznych – musimy dobrze zdawać sobie sprawę z odchyień i zmian, jakie powstają w ich psychice bądź na skutek samego procesu starzenia się, bądź też często w tym okresie występujących przewlekłych chorób. To, czy starość będzie aktywna, czy niedołężna nie może już być tylko sprawą prywatną. Jej jakość leży bowiem w interesie ogólnospołecznym.

Celem działań opiekunów winno być dążenie do opóźnienia procesu starzenia się przez udział w modyfikowaniu czynników odpowiedzialnych za przyspieszone starzenie się między innymi: ocalenie ludzi starszych od samotności, zapewnienie im wszechstronnego wsparcia, dodawanie otuchy, łagodzenie stresu wynikającego z przejścia na emeryturę, promocję zdro-

wia, rewitalizację, a także dążenie do podtrzymywania zdolności do samoopieki tak długo, jak to jest możliwe, aby nie dopuścić do zniedołężnienia. W naszych rękach jest, by wykonywać to zadanie, aby współdziałając z człowiekiem starszym pomóc mu osiągnąć jak najlepszą jakość życia.

POSTAWY WOBEC STAROŚCI

Zarówno w rodzinach, jak i instytucjach powołanych do opieki nad osobami starszymi, wciąż za mało mówi się o starości w sposób otwarty i naturalny. Zmiana tych postaw może przyczynić się do tego, by starość nie była postrzegana ani przez otoczenie, ani przez osoby wchodzące w ten etap życia, jako przerażająca, budząca niechęć, pogardę czy też litość, ale jako naturalna i godna, która nosi piękne miano „mądrości” [Sujak 1987, s. 172].

Jaka będzie starość w znacznej mierze zależy od postaw otoczenia wobec ludzi starszych, a także od postaw ich samych wobec własnej starości.

Wśród ludzi starszych wyróżniamy dobrze i źle przystosowanych do starości. Dobrze przystosowani są zadowoleni z życia, umieją się nim cieszyć, lubią rozrywki, przyjaźnie odnoszą się do ludzi, chętnie im pomagają, wykazują raczej dobre zdrowie, aktywność, bystrość umysłu i szerokie zainteresowania, dbają o swą powierzchowność, niczym nie rażą i nie sprawiają swoją osobą kłopotów.

Natomiast źle przystosowanie się do starości wyraża się w: braku zadowolenia, frustracji, konfliktach, wrogości do ludzi, nastrojach depresyjnych i różnego rodzaju dziwactwach. Umysł takich osób jest mniej sprawny i skłonny do zaburzeń, a ogólny stan zdrowia niezadowolający. Oczywiście, w życiu codziennym spotyka się różny stopień przystosowania względnie nieprzystosowania do starości. Niestety, faktycznie obserwuje się, iż wielu ludzi starzeje się źle.

W jednym z podręczników czytamy: *Ludzie, którzy w młodości byli trudni we współżyciu z najbliższymi, na starość gdy krytycyzm i hamulce psychiczne słabną, często stają się niezwykle uciążliwi* [Jabłoński, Wysokińska-Miszczyk, 2000, s. 77]. Często zatruwają życie otoczeniu ciągłymi roszczeniami, lękami czy urojeniami, choć nie są to osoby otępiełe czy psychotyczne.

WSZYSCY JESTEŚMY SOBIE POTRZEBNI

Człowiek powinien żyć w środowisku pełnym, bo jest to warunek zdrowego społeczeństwa. Zarówno osobom starszym, dorosłym, jak i dzieciom jest potrzebna wzajemna obecność.

Dzieci, młodzież i osoby w wieku dojrzałym należy jak najwcześniej uświadamiać, że wejdą w przyszłości w starszy wiek i starość. Należy także informować młodszych członków rodziny, niejako z wyprzedzeniem o sposobach pomocy dziadkom [...] oraz współpracy z nimi [Jabłoński, Wysokińska-Miszczyk 2000, s. 65].

Zazwyczaj dopiero z nieuchronnie nadchodzącą rzeczywistością przemijania zdobywa się potrzebne doświadczenie, co czasem jest za późno i bywa bolesne oraz mało przydatne.

Kulturę społeczeństwa rozpoznaje się i ocenia na podstawie jego stosunku do ludzi starych [por. Minczkiewicz 1999, s. 6]. Papież Jan Paweł II w liście apostolskim do młodych z 1999 roku apelował do jego adresatów, aby najstarszych traktowali *wielkodusznie i z miłością... jako, że potrafią oni dać im znacznie więcej, niż można to sobie wyobrazić*.

Podniesienie autorytetu osób starszych i ich godności w społeczeństwie może być pomocne w kształtowaniu i utrwalaniu postaw pokolenia młodych wobec tej grupy społecznej. Sądzę, że różne formy wzajemnych kontaktów mogłyby spełniać ważną rolę w integracji międzypokoleniowej.

Jako swoistą formę aktywizacji i pomocy zapewniającą ludziom starszym poczucie przydatności i sprzyjającą ich integracji z otoczeniem należy traktować działalność na rzecz innych osób potrzebujących pomocy, oraz na rzecz własnego środowiska [...] co oznacza konieczność zmiany postaw otoczenia wobec ludzi starszych a także postaw ich samych wobec własnej starości, a więc złamania stereotypu człowieka starszego jako osoby biernej i zależnej od innych, starości zaś – jako okresu społecznej degradacji [Halik (red.) 2002, s. 173].

SZTUKA ŻYCIA

Starość człowieka może być zarówno ciężkim brzemieniem tak dla niego samego, jak i jego otoczenia, ale też może być przecież pięknym, w pełni aktywnym i szczęśliwym okresem jego życia.

Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na fakt, że czynnikiem wpływającym na jakość i pełnię życia osób starszych jest między innymi **sztuka życia**. Polega ona na świadomym pomijaniu drobnych przykrości i wynajdywaniu przyjemnych wrażeń we wszystkim, co nas otacza. Odpowiada założeniom estetyki, odznacza się pięknem i harmonią.

Włączenie się w sztukę życia zależy między innymi od nas, osób pomagających osobom starszym w akceptacji starości, nauczaniu ich cieszenia się z drobnych przyjemności, które niesie życie. Wszystko to należy podejmować, aby zagwarantować im starość wypełnioną zadowoleniem i poczuciem sukcesu. Ludzie starsi potrzebują naszego wsparcia, aby pogodzili się zarówno z ujemnymi stronami życia, jak i z perspektywą bliskiej śmierci.

Zadaniem opiekunów jest przede wszystkim nauczenie i promowanie u podopiecznych sposobów działania prowadzących do samowystarczalności, stymulowanie pozytywnego myślenia o sobie i innych ludziach i wpajanie im przeświadczenia, że mogą i powinni pomimo choroby i ułomności prowadzić tryb życia pełnowartościowego człowieka.

Ważnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję życiową człowieka jest bilans życiowy, jakiego dokonuje u progu starości. W zależności od niego kształtuje się obraz samego siebie. Gdy bilans jest dodatni, to i obraz rozjaśnia się, a gdy ujemny – maluje się w ciemnych barwach. Człowiek starszy ma już wiele bilansów życiowych za sobą, zazwyczaj zdążył się przyzwyczaić do oceny własnego życia. Jeśli jest ona dodatnia, łatwiej mu znosić klęski starości, gdyż ma za sobą dobrze spełnione życie. Gdy ujemna, to wówczas obraz samego siebie staje się jeszcze ciemniejszy i smutek starości tym dotkliwszy. W profilaktyce gerontologicznej ważną rolę odgrywa umiejętność pokazywania seniorowi dodatnich aspektów jego życia, aby bilans życiowy dzięki temu zmienił swój znak z ujemnego na dodatni. Nie raz w życiu, które pozornie wydaje się przegrane, można dojrzeć wiele dodatnich cech i, odwrotnie, życie na pozór pełne sukcesów przy głębszej analizie okazuje się klęską [por. Kępiński 1985, s. 51-52]. Należy uświadomić osobom starszym, iż najważniejszym zadaniem ostatniego etapu życia jest akceptacja go takim, jakim było i uznanie za własne pomimo niedoskonałości i błędów, jednakże za posiadające określoną wartość. Okazuje się, że wiele problemów dałoby się złagodzić lub rozwiązać, przez samą tylko przemianę postawy negatywnej w pozytywną.

U PODSTAW ROZWAŻAŃ O SENSIE ŻYCIA OSÓB STARSZYCH

Dążenie do pozytywnego wizerunku minionego życia prawdopodobnie służy ochronie jego sensu i wartości. Takimi wartościami są na pewno: miłość, prawda, dobro, piękno, wolność, godność, pokój.

Badania potwierdzają tezę, że: [...] *ludzie, którzy oceniają swoje życie jako pełne sensu i mogą w nim odnaleźć ważne dla siebie wartości i cele są psychicznie zdrowsi i zrównoważeni, podczas gdy ludzie, których życie jawi się im jako puste i beztreściowe, częściej bywają psychicznie zaburzeni i częściej popadają w stany nerwicowe* [Popielski (red.), 1987, s. 220].

Człowiekiem, który cały swój dorobek naukowy poświęcił problematyce sensu i wartości życia był znany austriacki psychiatra, twórca logoterapii prof. dr Viktor E. Frankl. Opisuje on odczucia ze swojego pierwszego pobytu w Polsce w czasach powojennych. Co przede wszystkim podziwiał u spotkanych Polek i Polaków? Był to charakterystyczny rys, który nazwał „duchowym urokiem”. Dodajmy, że największe wrażenie zrobiła na nim ich postawa, pełen godności i pogody wewnętrzny spokój, na który potrafili się

zdobyć mimo braków środków do życia w stosunkowo ciężkich jeszcze warunkach czasu powojennego [por. Frankl 1987, s. 5].

Ale ten „duchowy urok” społeczeństwa polskiego w tamtych czasach – jak zauważa prof. Frankl – utrzymywało poczucie sensu życia [por. Popielski 1994, s. 44-45].

Różycka przyjmuje, że w samym człowieku jest jakiś czynnik segregujący bodźce i scalający zachowanie w sensowną całość, który przyczynia się do funkcjonowania zdrowej osobowości [za: Wolicki 1987, s. 146]. Mariański twierdzi, iż *szukanie i znalezienie celu i sensu życia jest naturalną tj. najbardziej ogólną i najgłębiej osobistą potrzebą każdego człowieka* [Mariański 1990, s.17]. Bez zaspokojenia tej podstawowej potrzeby człowiek nie może żyć i działać normalnie.

Według Obuchowskiego zaspokojenie potrzeby sensu życia jest koniecznym warunkiem funkcjonowania i pełnej mobilizacji i realizacji człowieka. Opierając się na własnych badaniach klinicznych stwierdza on, iż niezaspokojenie potrzeby sensu życia przejawia się w stanach napięcia i może, podobnie jak w wypadku frustracji innych potrzeb, prowadzić do słabiej lub silniej zaakcentowanych zaburzeń nerwicowych. Człowiek nagle zaczyna odczuwać beznadziejność, bezsensowność, pustkę swego istnienia [za: Wolicki, 1987, s. 142]. Według cytowanego autora *nie jest konieczne, aby człowiek przy każdej czynności uświadamiał sobie sens swojego działania, ale powinien w razie konieczności umieć ten sens odnaleźć* [tamże].

Osoby w wieku produkcyjnym tę potrzebę zaspokajają poprzez pracę, przynależność do określonej grupy społecznej. Osoby starsze potrzebę sensu życia mogą zaspokoić przez udział w różnych formach aktywności, między innymi: wyraźną chęć bycia pożytecznym rodzinie i środowisku, ergoterapię, naukę w uniwersytecie trzeciego wieku, realizację hobby, na które wcześniej nie mieli czasu.

Garczyński uważa, że *zaspokojenie potrzeby sensu życia wpływa na zadowolenie z życia, szerokość i intensywność stosunków z ludźmi, oraz rozwój sił witalnych i twórczości* [za: Wolicki 1987, s. 145]. Współczesnym przykładem tego może być Ojciec Świący Jan Paweł II.

Wielu humanistów wielką rolę w zaspokojeniu potrzeby sensu życia przypisuje miłości. Wyrazem takich myśli będzie teza biskupa Mosera:

Z czasem wszyscy się przekonują, jak wielka jest uzdrawiająca siła miłości, że miłość otwiera nas ku innym ludziom. Nikt samotnie nie odnajduje miłości i nie odkrywa sensu życia. Caritas – to służba dla człowieka, to pomoc w dążeniu ku dobru i szczęściu. To akt finalny egzystencji „spełnionej”. Miłość sprawia, że uciśnieni nabierają siły, zwaśnieni godzą się, skrzywdzeni przebaczą sobie. Wszystko to, co z miłości jest poczęte, nigdy nie ginie w próżni i ma moc, napętnia treścią. Tam, gdzie jawi się miłość, oznacza to zawsze, że jest ktoś obdarowujący i obdarowany. Wiara, nadzieja i miłość są tym, co niesie sens, radość i siłę do życia! [za: Popielski 1987, s. 318].

Miłość stanowi podstawowy warunek równowagi w życiu każdego człowieka. Może dlatego tak wielu ludzi cierpi dzisiaj z powodu braku sensu życia, gdyż daleko odeszli od tego źródła.

PODSUMOWANIE

Jesień życia skłania do refleksji. Na rodzaj starości każdy z nas „pracuje” całe życie. Dobra starość jest pięknym finałem życia, ale starość może być piękna wyłącznie bogatą przeszłością, która ją przygotowała. Przeżyć życie sensownie to *gromadzić jego owoce i postrzegać je jako źródło sensu i celu* [Stelcer, 2000, s. 41].

Życie tylko wtedy jest kompletne, gdy przechodząc przez wszystkie etapy osiąga kres. Leclercg pisze: *Człowiek żyje na ziemi, aby wypełnić pewien cykl, którego uwieńczeniem jest starość. Każdy wiek jest piękny na swój sposób, ale największym szczęściem jest przeżycie całego cyklu. Człowiek poznaje smak starości po zakosztowaniu dzieciństwa, młodości, dojrzałości [...] przez całe życie przygotowuje się do niej* [Leclercg 1978, s.12].

Jednym z wielkich celów ludzkości jest doprowadzenie do takiej sytuacji, aby wszyscy ludzie przez ten cykl przeszli i osiągnęli wysoką jakość życia.

Niektórzy ludzie starsi są zgorzkniali, ponieważ odnoszą wrażenie, że zmarnowali życie i nic z niego nie mają; przeszłość pozostawiła im smak piołunu. Dlatego warto żyć twórczo, aby nie zmarnować życia, teraźniejszość daje nawet możliwość naprawienia konsekwencji minionych błędów. Twórczość w pełnym tego słowa znaczeniu jest szczególną formą aktywności ludzkiej, która daje szansę realizowania siebie w najszerszych wymiarach, a zarazem umożliwia społeczną nieśmiertelność, czyli pozwala pozostawić po sobie coś więcej niż tylko wspomnienia. Życie jest jedyne i niepowtarzalne, dlatego należy go przeżyć godnie i czerpać z niego radość aż do późnej starości.

Powyższe refleksje pragnę zakończyć stwierdzeniem, że wszyscy ludzie uczestniczą w wielkim teatrze życia. [...] *teatr życia przydzielił swoje zadanie i pozbawioną wyboru rolę społeczną starzejącego się (aby tylko z godnością) Człowieka* [Minczkiewicz, 1999, s. 6]. A zatem samo życie może stać się dla człowieka *sztuką* jedynie pod warunkiem, że rozsądnie nim pokieruje, nie podda się naturalnemu biegowi rzeczy, ale nada mu kształt, barwę i smak.

PIŚMIENNICTWO

- Frankl V.E., 1987, *Słowo wstępne*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte* WN KUL, Lublin.
- Galus K. (red.), 1998, *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] J. Schiefele, J. Staudt, M. Dach, *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Urban & Partner, Wrocław.
- Grodzicki T., 2004, *Geriatra ma przyszłość*, [w:] Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej, nr 1, Kraków.
- Halik J. (red.), 2002, *Starzy ludzie w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Jabłoński L., Wysokińska-Miszczyk J., 2000, *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatry*, Akademia Medyczna, Lublin.
- Kępiński A., 1985, *Melancholia*, PZWL, Warszawa.
- Leclercq J., 1978, *Radość zmierzchu*, PAX, Warszawa.
- Mariański J., 1990, *W poszukiwaniu sensu życia*, WN KUL Lublin.
- Minczkiewicz E., 1999, *Refleksje nad starością w perspektywie trzeciego tysiąclecia*, „Kultura i Edukacja”, nr 4.
- Panek A., Szarota Z. (red.), 2000, *Zrozumieć starość*, TEXT, Kraków.
- Popielski K. (red.), 1987, *Człowiek – pytanie otwarte*, WN KUL, Lublin.
- Popielski K., 1994, *Noetyczny wymiar osobowości*, WN KUL, Lublin.
- Stelcer B., 2000, *Jakość życia w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej*, [w:] Materiały konferencyjne „Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka” CM UJ, Kraków.
- Sujak E., 1987, *Rozważania o ludzkim rozwoju*, Znak, Kraków.
- WHO World Health Statistics Annual 2000, Genewa WHO.
- Wolicki M., 1987, *Wkład polskiej myśli psychologicznej w rozwiązywanie problemu sensu życia*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, WN KUL, Lublin.

NOTY O AUTORACH

mgr Katarzyna Brataniec

Absolwentka filozofii i socjologii, doktorantka w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Bożena Gierczak

Studentka Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Katedra Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrii

dr Patrycja Huget

Instytut Filologii Polskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego

dr Aniela Kaczanowska

Wykładowca Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego, starszy wykładowca

Anna Kasterka

Dyrektor Generalny i Prezes Zarządu INMED, Kraków

dr Krystyna Klimek

Wykładowca Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Arcade Studio spółka z o. o., asystent dyrektora

dr Krystyna Kluz

Wykładowca Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, starszy wykładowca

o. Leon Knabit OSB

Zakon Benedyktynów w Tyńcu

Izabela Kopaniszyn

Studentka Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

lek. med. Marek Krobicki

Dyrektor Szpitala Zakonu Bonifratów św. Jana Grandego w Krakowie

prof. KSW dr hab. Grażyna Makiello-Jarża

Kierownik Katedry Psychologii Rodziny na Wydziale Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

mgr Anna Markiewicz

Pracownik Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

mgr Aurelia Ostrowska

Dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy

mgr Jadwiga Pauli

Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie; wykładowca Wydziału Nauk o Rodzinie im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

mgr Barbara Prażmowska

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Kierownik Zakładu Medycyny i Opieki Paliatywnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach,
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej w województwach śląskim i opolskim

mgr Teresa Radzik

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa
Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

dr n. med. Anna Skalska

Adiunkt w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. dr hab. Krystyna Slany

Wicedyrektor Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. KSW dr Zofia Szarota

Dziekan Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. An-
drzeja Frycza Modrzewskiego; pracownik naukowy Instytutu Nauk
o Wychowaniu Akademii Pedagogicznej w Krakowie

Małgorzata Szlązak

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

mgr Stanisława Urbaniak

Wiceprezydent Miasta Krakowa

prof. dr hab. Krystyna de Walden-Gałuszko

Kierownik Zakładu Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku,
Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej

Anita Zielińska

Studentka Wydziału Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im.
Andrzeja Frycza Modrzewskiego

dr Marek Żak

Wykładowca Krakowskiej Szkoły Wyższej im. Andrzeja Frycza Modrzew-
skiego; Adiunkt w Katedrze Rehabilitacji Klinicznej Akademii Wychow-
wania Fizycznego w Krakowie

mgr Jan Żychowski

Psycholog, Wydział Nauk o Rodzinie Krakowskiej Szkoły Wyższej im. An-
drzeja Frycza Modrzewskiego

